

THESIS

MARBURG

1966

Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Marburg
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. med. J. Hamm

**Untersuchungen
über Persönlichkeitseigenarten von
Ulcus-duodeni-Kranken
mit Leistungs-, Interessen- und
Entfaltungstests**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Lilly Breitenstein
aus Kassel

Marburg 1966

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Marburg
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. med. J. Hamm

**Untersuchungen
über Persönlichkeitseigenarten von
Ulcus-duodeni-Kranken
mit Leistungs-, Interessen- und
Entfaltungstests**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Lilly Breitenstein

aus Kassel

Marburg 1966

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 28.6.1966,
gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.
Dekan: Prof. Dr. med. O. Braun-Falco,
Referent: Prof. Dr. med. N. Lang,
Correferent: Prof. Dr.med. H. Stutte.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung und Problemstellung	1
II. Krankengut	3
III. Methodik und angewandte Tests	4
IV. Testdurchführung und Ergebnisse	
1. Der Baum-Test von Karl Koch	9
2. Der Wartegg-Zeichen-Test von E. Wartegg	14
3. Der Durchstreichtest "ohne Modell" von R. Meili	42
4. Der Berufs-Interessen-Test von M. Irle	51
V. Diskussion	56
VI. Zusammenfassung	67
VII. Literaturverzeichnis	68



Digitized by the Internet Archive
in 2026

. Einleitung und Problemstellung

In der Literatur der Ulcuskrankheit wird die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge zunehmend diskutiert. Es liegen z.B. Angaben vor über experimentelle Untersuchungen an Tieren von Silbermann (46) und Bonfils (3), experimentelle Untersuchungen am Menschen von Wolf und Wolff (55) sowie Margolin (33), biographische Erhebungen und Explorationen von Pflanz, Rosenstein und v. Uexküll (40), Soavi, Rosei (48) sowie M'Uzan, Bonfils und Lambling (39), psychoanalytische Untersuchungen und anthropologische Messungen von Draper und Touraine (8), psychoanalytische und psychiatrische Untersuchungen und Beobachtungen von Alexander (1), Schwidder (45), Kapp, Rosenbaum und Romano (28), Garma (11) und von Spiegelberg (49, 50), graphologisch-klinische Untersuchungen von Glatzel und Pasche (14), schließlich testologische Untersuchungen von Schneider (43) und Mayr (35). Nähere Angaben hierzu finden sich bei Hoffmann (19).

In unserer Arbeit liegt die Frage zugrunde, inwieweit es möglich ist, mit Hilfe von psychologischen Tests Persönlichkeitseigenarten beim Ulcus-duodeni-Kranken quantitativ zu erfassen. Als Vergleichsgruppe wählten wir Patienten mit gastritischen Beschwerden, bei denen ein Ulcus duodeni oder ventriculi oder eine andere organische Ursache (z.B. Leber-, Gallenaffektionen) ausgeschlossen wurde. Bewußt wurde eine Patientengruppe mit ähnlichen Krankheitsbeschwerden zum Vergleich herangezogen, um festzustellen, ob und wie weit sich Patienten mit Ulcus duodeni von Gastritiskranken in ihren Charaktereigenarten unterscheiden. Außerdem wurden hiermit gleiche Testbedingungen geschaffen, da alle Patienten zur Diagnosestellung in die Klinik geschickt worden waren, von Schmerzen geplagt wurden und nicht gefrühstückt hatten.

Bei der Auswahl der Tests wurden wir von den Herren Diplompsychologen Boss und Forth des Marburger Psychologischen Instituts beraten. Ihnen sei an dieser Stelle für ihre freundliche Unterstützung gedankt.

Zur Anwendung kamen Persönlichkeitsfragebögen, Tests zur Prüfung von Neurosetendenz, Frustrationstoleranz sowie Leistungs-, Interessen- und Entfaltungstests.

Zur näheren Orientierung über Testdurchführung, Brauchbarkeit und Anwendungsbereiche diente uns das "Kompendium der psychodiagnostischen Tests" von Frau Professor Dr. H. Hiltmann (18).

Wir entschlossen uns zu dieser Testauswahl, weil sie geeignet erschien, über Arbeitsverhalten, Leistungsfähigkeit, Auffassung, Darstellung und Sinngebung, Berufsinteressen, Frustrationsreaktionen und eventuelle neurotische Verhaltensweisen der Ulcuspatienten Aufschluß zu geben.

Die Tests sollten nach Möglichkeit einfach in ihrer Durchführung und wenig zeitaufwendig sein.

Jeder Patient wurde einzeln in einem für diesen Zweck ausgewählten Raum untersucht. Es wurde für Ruhe gesorgt, um eine Beeinflussung durch äußere Störungen auszuschalten.

Vor Beginn der Testung unterrichteten wir kurz über den Sinn einer solchen Untersuchung, um die Testbereitschaft und ein gewisses Maß an Interesse zu wecken, außerdem um eine eventuelle Prüfungsangst zu nehmen.

Jeder Test wurde bei jedem Patienten einmal angewandt, katamnestische Untersuchungen wurden nicht durchgeführt.

Durch Exploration nicht psychoanalytischer Art im Laufe der Testung wurde die Testsituation aufgelockert.

Die Testergebnisse wurden durch Einzeltestung gewonnen. Bei der Testinterpretation wurden die Ergebnisse der verschiedenen untersuchten Gruppen graphisch und statistisch miteinander verglichen.

Um einen möglichst objektiven Testausfall zu erhalten, erfuhren wir die genaue Diagnose erst nach Abschluß der Testauswertung.

II. Krankengut

Untersucht wurden insgesamt 90 unausgewählte männliche Patienten, die Ende des Jahres 1962 und Anfang 1963 die Medizinische Universitäts-Poliklinik mit Magenbeschwerden aufsuchten.

Das Alter lag zwischen 16 und 64 Jahren, im Durchschnitt bei 35,5 Jahren.

Bei allen Patienten wurde eine Röntgenuntersuchung des Magen-darmtraktes vorgenommen, und man kam zu folgenden Diagnosen, die zur Zeit der Testdurchführung noch nicht bekannt waren:

ein Ulcus duodeni fand sich bei 33 Patienten, wobei es sich in 22 Fällen um ein Recidiv handelte, ein deformierter Bulbus wurde bei sieben Patienten festgestellt, kein Anhalt für ein Ulcus duodeni ergab sich bei 50 Patienten; darunter befanden sich sechs Fälle, bei denen bereits früher ein Ulcus duodeni nachgewiesen wurde.

Wir bildeten folgende Patientengruppen:

Erstes Ulcus duodeni: 24 Fälle (darunter befinden sich auch die Patienten mit deformiertem Bulbus und früher festgestelltem Ulcus),

Recidiv-Ulcus-duodeni: 22 Fälle,

Gastritis: 44 Fälle (die Diagnose wurde auf Grund der Beschwerden im Sinne von Völlegefühl, Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium etc. gestellt, jedoch nicht durch Magenschleimhautbiopsie gesichert).

Das Alter lag bei den Fällen mit erstem Ulcus duodeni zwischen 23 und 58 Jahren, im Durchschnitt bei 37,7 Jahren. Das der Patienten mit Ulcus-duodeni-Recidiv lag zwischen 20 und 57 Jahren, im Durchschnitt bei 38,8 Jahren, und das der an Gastritis Erkrankten zwischen 16 und 64 Jahren, im Durchschnitt bei 32,7 Jahren.

Etwa die Hälfte der Recidiv-Ulcuskranken (12 von 22) und 1/3 der übrigen Magenkranken (Gastritis und Einmal-Ulcus, 22 von 68) wechselten ihren Beruf ein- oder mehrmals. Der Unterschied ist erst bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 5 % statistisch gesichert.

Die statistischen Berechnungen erfolgten nach (30).

2 von 24 Patienten mit erstem Ulcus duodeni,
3 von 22 Fällen mit Recidiv-Ulcus-duodeni und
9 von 44 Gastritiskranken konnten Magenerkrankungen bei Eltern,
Geschwistern oder näheren Verwandten angeben.

III. Methodik und angewandte Tests

Jeder Patient wurde einzeln getestet. Die Testdurchführung war oft durch Ungeduld, Hunger und Zeitmangel der Patienten erschwert. Deshalb konnten nicht alle Tests bei jedem Patienten angewandt werden.

Die nun folgenden Tests wurden nach Möglichkeit in dieser Reihenfolge durchgeführt:

1. Baum-Test
von Karl Koch
2. Maudsley Medical Questionnaire (M.M.Q.)
von H.J. Eysenck
3. Rosenzweig Picture Frustration Test
von S. Rosenzweig
4. Wartegg-Zeichen-Test (W.Z.T.)
von E. Wartegg
5. Eigenschaftswörterliste (E.W.L.)
des Marburger Psychologischen Instituts
6. Durchstreichtest "ohne Modell"
von R. Meili
7. Polaritätsprofil
von R. Hofstätter
8. Situativer Fragebogen (S.T.F.)
des Marburger Psychologischen Instituts
9. Berufs-Interessen-Test (B-I-T)
von M. Irle

Baum - Test , Wartegg - Zeichen - Test ,
Durchstreichtest " ohne Modell " und
Berufs - Interessen - Test sollen in dieser

Arbeit besprochen werden. Die Auswertung und Interpretation der noch verbleibenden Tests findet sich in einer Paralleldissertation (19).

A. Entfaltungstests

1. Der Baum-Test

Er ist einfach in seiner Durchführung, die Testdauer ist kurz. Nur 1 Patient stellte das Blatt quer auf die Breitseite, um seinen Baum zu zeichnen.

Die zeichnerische Ausführung war sowohl bei den Gastritiskranken als auch bei den Ulcuspatienten sehr dürftig. Zum Vergleich wurden 27 Baumzeichnungen von Patienten verschiedener andersartiger Erkrankungen herangezogen, die auch in der Klinik durchgeführt wurden, außerdem 44 Baumzeichnungen völlig gesunder Personen. Diese Zeichnungen wurden zu Hause durchgeführt und erfüllten deshalb nicht unsere Testbedingungen. Es handelte sich hierbei um eine Personengruppe mit höherem Bildungsniveau.

Die Testauswertung erfolgte nach Kronenbreite und Baumhöhe.

2. Der Wartegg-Zeichen-Test

Die Reizbedingungen sind in der Versuchsanordnung von vornherein genau umrissen. Ausgangspunkt sind acht graphische Zeichen, die die Vorstellung anregen sollen. Sie sollen so fortgeführt werden, daß sie gefühlsmäßig befriedigen.

24 Wartegg-Test-Zeichnungen von Normalpersonen wurden uns freundlicherweise von Fräulein M. Dietzel (7) und Fräulein Chr. Meinhold (37) zur Auswertung überlassen.

In der Auswertung wurden berücksichtigt:

1. Der Strichcharakter
2. Die Strichführung
3. Die zeichnerische Ausführung und Wahl der Motive

4. Charakterologische Alternativen
5. Die Sinngebung
6. Das Qualitätenprofil
7. Das Schichtprofil

B. Leistungstest

Durchstreichtest ohne Modell

Der Test wurde von allen Patienten gut verstanden und bereitwillig und mit Eifer durchgeführt.

Nach Meili (36) sollten sich normalerweise nicht mehr als 10 Fehler auf dem ganzen Bogen finden. Nur etwa $\frac{1}{3}$ der von uns getesteten Fälle (27 von 71) zeigten bis zur Zeile 13 zehn und weniger Fehler.

Die Auswertung erfolgte nach:

1. benötigter Zeit und Fehlerzahl,
2. Selbsteinschätzung bezüglich Zeit und Fehlerzahl.

C. Interessentest

Berufs-Interessen-Test

Dieser Test stellt ein objektives Meßmittel der beruflichen Interessenrichtungen dar.

Signifikante Unterschiede waren nicht zu ermitteln, vielleicht, weil die getestete Fallzahl zu gering war.

Die Auswertung erfolgte nach (23).

Konfliktsituationen

Während der Testdurchführung hatten wir Gelegenheit, mit den Patienten über die familiären, wirtschaftlichen und beruflichen Situationen zu sprechen. Sie waren allgemein aufgeschlossen und zum Teil sogar dankbar für die Erörterung ihrer persönlichen Probleme.

Sorglos und zufrieden schienen:

20 von 44 Gastritiskranken

11 von 24 Fällen mit erstem Ulcus duodeni

6 von 22 Recidiv-Ulcuskranken

Über finanzielle Sorgen klagten:

4 von 44 Gastritispatienten

0 von 24 Patienten mit erstem Ulcus duodeni

3 von 22 Recidiv-Ulcusfällen

Berufliche Probleme hatten:

9 von 44 Gastritiskranken

4 von 24 Kranken mit erstem Ulcus duodeni

3 von 22 Fällen mit Recidiv Ulcus

Familiäre Schwierigkeiten schilderten:

6 von 44 Gastritisfällen

6 von 24 Fällen mit erstem Ulcus duodeni

5 von 22 Recidiv-Ulcuskranken.

Einige Belastungen anderer Art sollen hier noch in kasuistischer Aufzählung erwähnt werden.

Gastritiker:

Fall Nr.8, H., M., 41 Jahre, Elektromonteur.

Patient nahm 1960 an der Hochzeit seines Bruders in Ostberlin teil. Er wurde dort verhaftet und verbrachte 5 Monate im Gefängnis. Seit dieser Zeit bestehen Magenbeschwerden. Er könne heute noch nicht begreifen, warum er damals eingesperrt wurde.

Fall Nr.17, M., W., 21 Jahre, Autolackierer, zwischenzeitlich 2 Jahre als Bauhilfsarbeiter tätig gewesen.

Patient ist verlobt und kann aus finanziellen Gründen noch nicht heiraten. Er träume nun oft, die Braut sei ihm untreu geworden. Das sei eine große Belastung für ihn.

Kürzlich war er in eine Schlägerei verwickelt und muß nun Schmerzensgeld aufbringen.

Fall Nr.23, F., O., 30 Jahre, Tiefbauarbeiter.

Patient träumt sehr unangenehm. Manchmal glaube er, jemanden umgebracht zu haben. In 1958 ist sein 7 Monate alter Sohn ertrunken. Da seine Hilfe damals zu spät kam, lebt er jetzt immer in Angst, nicht zeitig genug zur Arbeit zu kommen.

Die zur Zeit schwangere Ehefrau ist erkrankt, und die Schwangerschaft wird nicht zu Ende kommen. Patient macht sich darüber viel Sorgen.

Fall Nr.29, B., H., 22 Jahre, Kraftfahrer.

Seine Ehefrau sei gefühllos. Sie könne ihn offenbar nur lieben, wenn sie ihn beiße. Patient hatte frische Bißwunden. Er liebt seine Frau sehr, wird aber von Eifersucht geplagt.

Fall Nr.75, W., H., 58 Jahre, Hilfsarbeiter.

Seit einigen Jahren treten immer wieder Magenbeschwerden auf. Ein Rentenanspruch der Ehefrau wurde jetzt abgelehnt, worüber sich der Patient sehr aufregte. Daraufhin traten starke Magenbeschwerden auf.

Erstes Ulcus duodeni

Fall Nr.24, M., W., 54 Jahre, Fliesenleger.

Patient wird von unangenehmen Träumen über die verlorene Heimat und das einzige auf der Flucht verhungerte Kind geplagt.

"Man quält sich so herum, für wen nur?"

Er hat Baupläne und fürchtet jetzt Geldsorgen.

Fall Nr.3, St., E., 41 Jahre, gelernter Metzger, Vorarbeiter, Hilfsarbeiter.

Er mußte den Metzgerberuf aufgeben, da er zu empfindsam ist. Deshalb wurde er Vorarbeiter in einer Gießerei. Diese Tätigkeit war ihm zu anstrengend, und er arbeitet jetzt lieber als Hilfsarbeiter. Patient leidet unter seinem großen Ekel vor vielen Dingen. Schon als Landser hätte er keine Frau küssen können. Im Krieg sei er von einem Panzer überrollt worden und erdrückte dabei einen Kameraden. Häufig plagten ihn Träume über diese Erlebnisse.

Fall Nr.76, K., E., 23 Jahre, Student der Volkswirtschaft.

Patient ist elternlos und hatte große Auseinandersetzungen mit seinem Vormund. Er steht jetzt vor dem Staatsexamen, das er wegen der Erkrankung verschieben muß.

Recidiv-Ulcus-Fälle

Fall Nr.4, K., W., 39 Jahre, Zimmermann und Landwirt.

Patient leidet noch heute unter seinen Kriegserlebnissen. Seit dem Eichmannprozeß habe er Alpträume.

Fall Nr.43, M., H., 23 Jahre, Orthopädie-Mechaniker.

Patient war in 1960 mit einem Mädchen befreundet, das an Diabetes mellitus litt. Da seine Eltern gegen eine Heirat waren, trennte er sich von diesem Mädchen. Daraufhin trat ein Ulcus duodeni auf.

1962 stand der Patient kurz vor einer Verlobung, als die Freundin ihm untreu wurde. Das Mädchen verließ ihn, woraufhin ein Ulcus-Recidiv auftrat.

Fall Nr.59, W., P., 49 Jahre, gelernter Schmied, jetzt Lackierer.

Patient ist Alkoholiker.

1959 trat ein blutendes Ulcus auf, als er wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß im Zuchthaus war.

Patient hat jetzt finanzielle Belastungen, da er mit seinem unbezahlten Auto einen Unfall hatte. Eine neuerliche Gefängnisstrafe erwartet ihn wegen Trunkenheit am Steuer.

Fall Nr.68, Sch., H., 31 Jahre, Bauschlosser und Kunstschmied, Kraftfahrzeug-Mechaniker, Maschinist am Bau.
Patient ist Alkoholiker.

1959 blutendes Ulcus duodeni. Er ist von seiner Frau geschieden und mit allen Familienmitgliedern entzweit. Er befindet sich jetzt zum dritten Mal in einer Entziehungsanstalt.

Fall Nr.70, St., W., 30 Jahre, Maurer, jetzt als Arbeiter in einer Strumpffabrik tätig.

Das Recidiv-Ulcus trat auf, nachdem Patient die Führerscheinprüfung nicht bestand. Er machte den Fahrlehrer dafür verantwortlich.

IV. Testdurchführung und Ergebnisse

1. Der Baum-Test von Karl Koch

Der Baum-Test ist wie der Wartegg-Zeichen-Test ein Entfaltungs-test. Er stellt eine inhaltlich begrenzte Zeichenprobe dar.

Zur Testdurchführung werden ein weißer Bogen im DIN A 4 Format und ein Bleistift benötigt.

Versuchsanleitung

Die Versuchsperson wird aufgefordert, einen Baum zu zeichnen, jedoch keine Tanne. Die Zeit ist nicht festgelegt.

Testauswertung

Sie wurde durch Vereinfachung erleichtert. Wir verzichteten auf eine Detailauswertung und berücksichtigten nur Baumhöhe und Kronenbreite.

Der Test wurde durchgeführt bei:

28 Gastritiskranken,

41 Patienten mit Ulcus duodeni,

27 Fällen mit unterschiedlichen Erkrankungen (z.B. Hepatitis, Vitium cordis, Diabetes mellitus, Kreislaufstörungen etc.)

44 Normalpersonen, die allerdings nur bedingt zum Vergleich herangezogen werden können, da die Testdurchführung nicht unter den gleichen Bedingungen erfolgte wie bei den anderen Gruppen.

Arten der Testauswertung

1. Nach Rechtsbetonung, Linksbetonung und Gleichgewicht der Baumkronen. (Die Kronenmitte wird bestimmt durch den Schnittpunkt der Senkrechten durch die Stammitte mit der Waagrechten am Übergang Stamm-Krone).

Das Verhältnis von linker und rechter Kronenhälfte beträgt 1:1,3 d.h. die rechte Hälfte ist 1,3 mal breiter als die linke, und zwar gleichmäßig durch alle Lebensalter (29).

Bei insgesamt 138 durchgeführten Baumzeichnungen fand sich:

Gleichgewicht zwischen beiden Kronenhälften bei
10 Fällen (ca. 7 %)

Rechtsbetonung der Krone bei
36 Fällen (ca. 26 %)

Linksbetonung der Krone bei
79 Fällen (ca. 57 %)

Normales Verhältnis (1:3) zwischen beiden Kronenhälften bei
13 Fällen (ca. 9 %)

Etwa die Hälfte aller von uns getesteten Fälle zeigte eine Linksbetonung der Krone im Baum-Test.

Aus Tabelle 2 (S.12) geht hervor, daß die Magenkranken seltener Linksbetonung der Baumkrone zeigen als die Nichtmagenkranken (48 % : 66 %). (Der Unterschied der Linksbetonung ist erst bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit, fast bei 1 % gesichert). Dies besagt, daß den Magenkranken (Gastritis- und Ulcuspatienten) folgende Eigenschaften weniger häufig zuzusprechen sind als den Nichtmagenkranken (Normalpersonen und Patienten verschiedener andersartiger Erkrankungen):

Zurückhaltung, Grübelei, Verslossenheit, Introversion.

Tabelle 1

Linke und rechte Kronenhälfte in cm

Gastritiker n=26		Ulcuspatienten n=41		Patienten unter- schiedl. Erkrank. n=27		"Normalpersonen" n=44	
linke - rechte Kronenhälfte		linke - rechte Kronenhälfte		linke - rechte Kronenhälfte		linke - rechte Kronenhälfte	
1,8	2,4	3,4	1,6	5,9	8,7	6,8	9,1
2,6	3,5	1,0	1,5	4,2	6,2	6,0	7,1
3,2	4,1	2,2	3,3	7,7	7,4	3,9	5,3
3,6	2,7	8,5	10,3	3,9	4,2	5,8	8,0
3,9	4,4	3,1	4,5	2,6	2,2	4,1	5,9
1,9	2,4	3,6	6,8	3,5	3,9	4,4	5,1
2,9	2,6	7,9	8,3	2,7	3,4	9,2	6,9
2,1	2,8	3,8	6,8	2,4	4,7	8,1	9,6
3,2	2,6	3,3	4,4	1,3	1,6	5,6	7,6
5,6	7,8	2,0	1,6	10,0	10,9	8,5	9,8
4,8	5,3	7,4	8,7	6,0	5,4	7,5	9,3
1,2	1,2	1,9	2,2	2,6	3,1	8,4	12,6
8,3	8,5	3,7	3,0	5,0	8,3	7,7	9,3
1,1	1,8	5,6	5,3	4,2	3,6	2,2	2,4
3,8	4,3	3,0	3,8	7,0	8,0	6,3	7,0
2,4	1,8	6,2	5,2	4,5	3,8	8,5	9,1
1,4	3,4	5,2	6,1	5,1	9,1	6,6	7,7
3,2	2,8	6,6	6,2	7,4	7,1	9,9	11,0
1,7	1,5	1,0	1,0	4,2	2,8	10,2	8,5
4,5	4,6	2,9	4,2	3,1	3,7	6,9	10,3
0,8	1,5	1,6	1,2	3,8	5,8	8,8	12,1
2,6	2,2	10,9	9,1	4,3	4,4	5,6	6,5
9,8	10,4	2,3	2,4	2,8	3,7	4,9	5,2
2,8	2,1	4,2	4,4	4,6	3,7	5,4	6,6
9,8	8,7	2,0	3,3	3,3	2,4	6,0	4,7
3,9	3,5	7,7	10,5	6,2	7,5	9,5	11,1
		5,9	5,2	3,0	2,8	9,7	9,6
		3,8	4,4			5,0	10,2
		1,2	2,3			6,6	5,6
		6,8	8,9			7,4	8,4
		5,2	9,7			8,3	10,0
		4,4	5,4			6,1	4,9
		5,5	8,4			1,8	2,9
		2,1	3,4			6,3	6,9
		4,2	8,1			8,0	11,1
		4,1	6,1			2,9	3,2
		5,8	5,4			5,7	6,2
		2,5	2,6			6,3	13,5
		3,5	2,5			9,0	10,8
		3,3	4,5			9,0	11,9
		3,6	4,0			9,0	10,2
						9,1	11,6
						5,9	6,4
						6,6	6,7

(bei 2 Gastritispatienten war die Baumkrone nicht meßbar).

Tabelle 2

Gibt Auskunft über die approximative Prozentzahl der Fälle, bei denen sich fand: normales Verhältnis zwischen linker und rechter Kronenhälfte, Gleichgewicht, Rechtsbetonung und Linksbetonung.

	% Gastritis- kranke n=26	% Ulcera duodeni n=41	% Patienten unterschied- licher Er- krankungen n=27	% Normal- personen n=44
<u>Normales Verhältnis</u>	19	7	7	7
<u>Gleichgewicht</u> spricht für: Ausgeglichen- heit, Selbst- überschätzung, Beharrungs- vermögen.	12	12	4	2
<u>Rechtsbeto- nung</u> spricht für: Erlebnisdrang, Unsicherheit, Hemmung, Angst, Mangel an Selbstver- trauen.	15	36	22	25
<u>Linksbetonung</u> spricht für: Zurückhaltung, Grübeleien, Verschlossen- heit, Intro- version	54	44	67	66

Die Prozentwerte sind hier wie in den folgenden Tabellen unter Berücksichtigung des Fehlers der kleinen Zahl zu verstehen und sollen dementsprechend nur einen groben Anhalt geben.

2. Testauswertung nach Baumhöhe (Wurzeln und Wurzelansätze wurden nicht mitgemessen).

Tabelle 3

	Gastritis- patienten n=28	Ulcus- patienten n=41	Pat. unter- schiedlicher Erkrankungen n=27	Normal- personen n=44
Durchschnitt- liche Baumhöhe in cm	10,1	11,9	12,7	19,2
Länge des kleinsten Baumes in cm	3,4	3,3	5,1	8,3
Länge des größten Baumes in cm	26,4	22,5	26,5	27,5
Es fand sich eine Baum- länge von:	%	%	%	%
3 bis 12 cm	79	54	56	9
12,1 bis 20cm	14	39	33	45
➤ 20,1 cm	7	7	11	45

Tabelle 3 zeigt, daß die Gastritiskranken durchschnittlich 2 cm kleinere Bäume zeichneten als die Patienten mit Ulcus duodeni. Eine Baumhöhe bis zu 12 cm bevorzugten etwa 3/4 der Gastritispatienten gegenüber etwa der Hälfte der Ulcuskranken und Patienten verschiedener andersartiger Erkrankungen. Diskutabel (nur auf der 5 % Ebene signifikant) ist die unter-

schiedliche Baumhöhe zwischen Gastritis- und Ulcuspatienten. Deutlicher ist der Unterschied zwischen Ulcuspatienten und Nichtmagenkranken (signifikant auf der 0,27 % Ebene). Jeder 7. Gastritispatient zeichnete einen Baum von mehr als 12 cm Höhe, dagegen etwa jeder 3. Ulcusranke (der Unterschied ist erst bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert).

Auffallender als die Abweichung zwischen Ulcuspatienten und Gastritiskranken ist die zwischen dem Kollektiv der Vergleichspersonen mit andersartigen Erkrankungen und einem Kollektiv von Gesunden (Abb.2 S.15). Möglicherweise ist sie zu erklären durch die unterschiedliche Testsituation (die Gesunden zeichneten ihren Baum gemütlich zu Hause) und durch die persönlichen Beziehungen zum Tester (es handelte sich um Bekannte, Freunde und Verwandte).

In den folgenden Abbildungen (siehe S.15) sind die Baumhöhen der vier untersuchten Gruppen graphisch dargestellt.

2. Der Wartegg-Zeichen-Test von E. Wartegg

Der bei der Testdurchführung vorgelegte Bogen ist in acht gleichgroße Quadrate aufgeteilt, die mit einem schwarzen Rand umgrenzt sind. Jedes dieser Felder enthält den Anfang einer Zeichnung (siehe Abb.3 S.39).

Versuchsanleitung

Die Versuchsperson wird aufgefordert, die in den weißen Feldern begonnenen Zeichnungen nach Belieben fortzuführen. Man macht darauf aufmerksam, daß die zeichnerische Begabung dabei keine Rolle spielt. Es soll das dargestellt werden, was dem Zeichner gerade dazu einfällt. Die benötigte Zeit ist nicht begrenzt und wird nicht registriert. Am Ende der Ausführung wird gerragt und vermerkt, was die einzelnen Zeichnungen darstellen sollen.

Die Auswertung erfolgte weitgehend nach Wartegg (52).

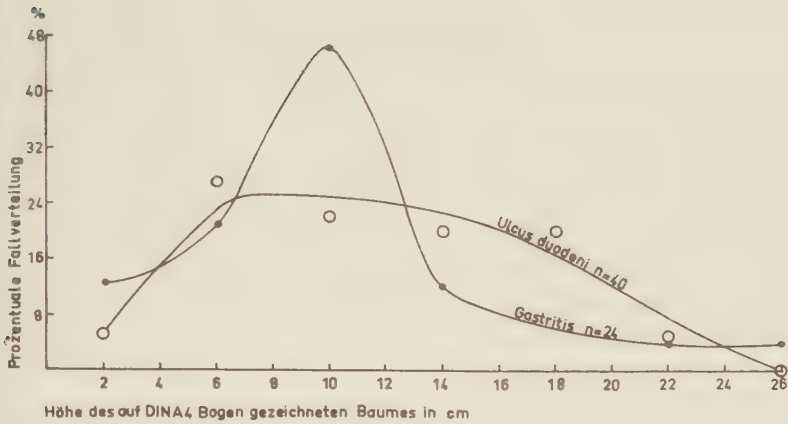


Abb.1 Darstellung der Baumhöhen bei 40 Ulcus- und 24 Gastritispatienten.

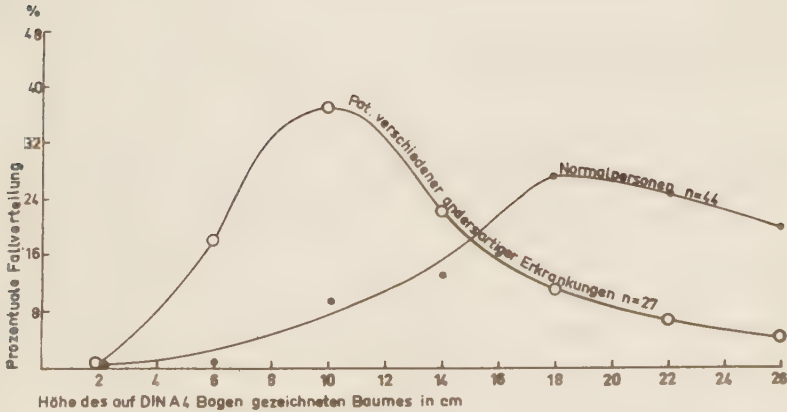


Abb.2 Darstellung der Baumhöhen bei 44 Normalpersonen und 27 Patienten verschiedener andersartiger Erkrankungen.

Zahl der getesteten Fälle:

26 Gastritiskranke

14 Patienten mit recidivierendem Ulcus duodeni

17 Patienten mit erstem Ulcus duodeni

Arten der Testauswertung

Testauswertung nach Strichcharakter:

Dabei wird unterschieden zwischen druckstarkem und druckschwachem Strich.

Ein druckstarker Strich fand sich bei:

6 von 26 Gastritispatienten (ca. 23 %)

11 von 31 Ulcuspatienten (ca. 35 %)

16 von 24 Normalpersonen (ca. 67 %)

Bei den übrigen Fällen war ein druckschwacher Strich zu beobachten.

Ergebnis:

Der Anteil von Ulcuspatienten, der mit druckstarkem Strich zeichnete, liegt nur fraglich über dem der Gastritiskranken. Nur knapp $\frac{1}{3}$ der Magenkranken (Ulcus und Gastritispatienten) wählte den druckstarken Strich gegenüber etwa $\frac{2}{3}$ der Normalpersonen. Dieser Unterschied ist bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert; (erlaubte Zufallsdifferenz: 35,1 %, reelle Differenz: 36,9 %).

Nach der Interpretation von Renner (42) könnte das besagen, daß die Magenkranken seitener folgende Persönlichkeitseigenarten besitzen: Antriebskraft, Widerstandskraft, Schwerfälligkeit, Härte, Verkrampftheit, Impulsivität, Reizbarkeit oder aber häufiger Rührigkeit, Beweglichkeit, Antriebsschwäche, Mangel an Widerstandskraft, Unentschiedenheit, Sensibilität, Ansprechbarkeit, Empfindlichkeit und Labilität.

Testauswertung nach Strichführung:

Hierbei wird zwischen sicherem und unsicherem Strich unterschieden. Einen sicheren Strich beobachteten wir bei:

8 von 26 Gastritiskranken (ca. 31 %)

11 von 31 Ulcuspatienten (ca. 35 %)

8 von 24 Normalpersonen (ca. 33 %)

Ergebnis:

Gastritiskranke, Ulcuspatienten und Normalpersonen zeigten keinen Unterschied in der Strichführung.

Der unsichere Strich ist etwa bei allen drei Gruppen doppelt so häufig zu finden wie der sichere Strich. Das könnte besagen, daß auf einen gleich großen Anteil der drei untersuchten Gruppen (nämlich $2/3$) eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften zutreffen:

Ermüdung, Zartheit, Vitalschwäche, Ansprechbarkeit, Empfindsamkeit, Irritierbarkeit, Störbarkeit, Hemmung, Selbstunsicherheit (soweit eine organische Ursache der unsicheren Strichführung entfällt).

Testauswertung nach der zeichnerischen Ausführung und Wahl der Motive

Die zeichnerische Ausgestaltung der vorgegebenen Zeichen war sowohl bei den Gastritispatienten als auch bei den Ulcuskranken im Vergleich zu den Normalpersonen recht spärlich. Von 248 vorgegebenen Zeichen der 31 Ulcuspatienten blieben 18 unbeachtet, d.h. die Aufgabe blieb bei etwa 7 % aller Zeichen ungelöst.

Bei den 26 Gastritiskranken wurden 3 % der Zeichen nicht verwertet und bei den 24 Normalpersonen keines von 192 Zeichen.

Auch die Anzahl von Fällen mit Nichtbeachtung von einem oder mehreren Zeichen erscheint bei den einzelnen Personengruppen gering unterschiedlich, jedoch besteht kein statistisch gesicherter Unterschied.

6 von 31 Ulcuspatienten haben 1 - 4 Zeichen nicht beachtet (19 %), gegenüber 2 von 26 Gastritisfällen und keiner Normalperson.

Tabelle 4

% Häufigkeit besonders einfacher adäquater Normallösungen

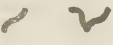
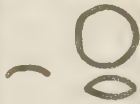
% Häufigkeit besonders einfacher adäquater Normallösungen					
	Zeichen 2	Zeichen 4	Zeichen 6	Zeichen 7	Zeichen 8
					
<u>Gastr.</u> n=26	15	11	30	31	23
<u>Ulc.</u> n=31	6	10	9	-	-
<u>G.u.U.</u> n=57	10	10	19	14	11
<u>Np.</u> n=24	38	29	29	21	20

Tabelle 5

% der Fälle mit adäquater Normallösung und adäquater Originallösung bei jedem der 8 Zeichen (Auswertung siehe unter Schichtprofil S.35)

Zeichen	% der Fälle mit adäquater Normallösung				% der Fälle mit adäquater Originallösung			
	Gastr. n=26	Ulc.d. n=31	Magenk. n=57	Np. n=24	Gastr. n=26	Ulc.d. n=31	Magenk. n=57	Np. n=24
1	54	42	47	41	26	16	21	29
2	58	48	52	70	11	6	8	12
3	54	58	56	70	31	13	21	12
4	42	45	44	75	8	13	10	17
5	8	3	5	4	27	29	28	25
6	46	32	38	33	26	29	28	45
7	54	39	46	45	23	16	19	29
8	46	9	26	33	7	13	10	25

Ergebnis (siehe Tabelle 4 und 5 S.18)

Bei Zeichen 1 finden sich keine wesentlichen Unterschiede.

Zeichen 2

Bei diesem Zeichen wählten etwa 38 % der Normalpersonen gegenüber ca. 15 % der Gastritiskranken und 6 % der Ulcuspatienten einen fliegenden Vogel. Die Magenkranken (Gastritis- und Ulcuspatienten) fanden also gegenüber den Normalpersonen signifikant seltener (bei 1 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert; erlaubte Zufallsdifferenz: 26,8 %, reelle Differenz: 27,0 %) eine einfache naheliegende adäquate Normallösung.

Die Zahl der Gastritispatienten, die eine adäquate Originallösung brachte, entspricht etwa der der Normalpersonen und ist bei beiden Gruppen etwa doppelt so hoch wie bei den Ulcusfällen.

Zeichen 3

Etwa 2/3 der Normalpersonen und die Hälfte der Gastritis- und Ulcuspatienten verwerteten das Zeichen im Sinne einer adäquaten Normallösung. Bei diesem Zeichen zeigten vielleicht mehr Gastritisfälle adäquate Originallösungen als Ulcusranke und Normalpersonen.

Zeichen 4

Ca. 2/3 der Normalpersonen und nur knapp die Hälfte der Gastritis- und Ulcuspatienten wählten bei diesem Zeichen eine adäquate Normallösung. Auch hier zeigt sich die Neigung der Normalpersonen, eine möglichst einfache Lösung zu finden, denn etwa 29 % der Normalpersonen zeichneten ein Haus gegenüber nur etwa 10 % der Magenkranken (Gastritis- und Ulcuspatienten).

Zeichen 5

Der Prozentsatz der Normalpersonen, Gastritis- und Ulcusfälle, die hier eine adäquate Normallösung boten, liegt unter 10. Ebenfalls niedrig ist die Zahl der adäquaten Originallösungen.

Etwa die Hälfte der Normalpersonen und knapp die Hälfte der Gastritiskranken zeigten gegenüber etwa 1/3 der Ulcuspatienten bei diesem Zeichen pathologische Normallösungen.

So fanden sich bei unseren Normalpersonen folgende pathologische Normallösungen: Geschosse, zugespitzte Dreiecke, Wagen-deichseln links abwärts, Rechen links abwärts, Autosteuer links abwärts etc.

Der hohe Prozentsatz pathologischer Normallösungen bei unseren Normalpersonen spricht für die Möglichkeit, daß die von Wartegg (52) festgelegten Kriterien für adäquate und pathologische Normallösungen für das "nordhessische Normalkollektiv" weniger Gültigkeit besitzen. Für unsere Testaussage bei Ulcuskranken spielt lediglich der prozentuale Häufigkeitsvergleich mit unserer "Norm" eine Rolle.

Zeichen 6

Ca. 30 % der Gastritispatienten, 29 % der Normalpersonen und nur 9 % der Ulcuskranken vervollständigten die vorgegebenen Zeichen zu einem Viereck bzw. Rechteck, d.h. fanden eine Lösung, die sich bei diesem Zeichen beinahe aufdrängt.

Obwohl die Ulcusfälle also seltener eine besonders einfache Lösung zeigten, wählten sie gleich oft wie die Normalpersonen (jeweils etwa 1/3 der Fälle) eine adäquate Normallösung aber anscheinend seltener als die Gastritiskranken (ca. 46 %).

Die Ulcuspatienten komplizierten sich die Aufgabe, indem sie nicht die sehr naheliegende Vervollständigung der vorgegebenen Zeichen zum Rechteck wählten, dafür aber Lösungen wie Häuser, Fenster, Bilderrahmen etc. zu beobachten waren.

Knapp die Hälfte der Normalpersonen zeigten gegenüber etwa 1/3 der Magenkranken adäquate Originallösungen.

Zeichen 7

Auch bei diesem Zeichen fiel auf, daß die Ulcuspatienten gegenüber den Nichtulcuskranken (Gastritis und Normalpersonen) seltener (signifikant auf der 1 % Ebene, nahezu bei 0,27 %) eine einfache Vervollständigung des vorgegebenen Zeichens wählten. Ein Kreis fand sich bei knapp 1/3 der Nichtulcuskranken und bei keinem Ulcuspatienten. Die Ulcusgruppe brachte dafür Lösungen wie Blumen, Schmuckketten, Armbänder etc.

Die Zahl der Ulcusfälle, die adäquate Normallösungen fanden, liegt nur wenig unter den beiden anderen Gruppen.

Zeichen 8

Die Ulcuskranken zeigten gegenüber den Gastritispatienten signifikant seltener (bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert) eine adäquate Normallösung und fraglich seltener auch gegenüber den Normalpersonen (erst bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert).

Etwa die Hälfte der Ulcuspatienten und je $1/3$ der Gastritis-kranken und Normalpersonen boten pathologische Normallösungen. Unter den pathologischen Normallösungen fand sich ein Halbmond bei $1/3$ der Ulcusfälle gegenüber $1/4$ der Normalpersonen und etwa $1/10$ der Gastritiskranken.

Kein Ulcuskranker wählte einen Kreis als einfache naheliegende adäquate Normallösung, dagegen 22 % der Nichtulcuskranken (Gastritis und Normalpersonen). Der Unterschied ist statistisch signifikant auf der 1 % Ebene, nahezu bei 0,27 %.

Testauswertung nach charakterologischen Alternativen⁺

Zahl der ausgewerteten Fälle:

31 Ulcuspatienten (davon 14 Recidiv-Ulcera)

26 Gastritispatienten

24 Normalpersonen

Kurze Erklärung der hierbei zugrunde gelegten Deutungskriterien

Zeichen	<u>adäquat</u>	<u>inadäquat</u>
1	z.B.: Kreismittelpunkt, Auge, Rad, Blumen, Zielscheibe.	Mond, Kreuz, Buchstaben, Dreieck.
2	: Rauch, Nase, Augenbraue, Schriftzeichen, Vogel.	Brosche, Haus, Tür.
3	: Schornsteine, Telegrafenstangen, Statistik.	Abfallendes Dach, Winkel, Zaun, Muster.
4	: Schachbrett, Schornstein, Kran mit Last.	Kinderspielzeug, Muster, Drachen.
5	: Fahrzeuge, Hammer, Rechen, Raketen.	Buchstaben, zwei Dreiecke, Drachen.
6	: Rechteck, Fenster, Haus.	Getrennte Figuren, Tür u. Fenster ohne Zusammenhang.

⁺ Die Prozentsätze von "adäquat" und "inadäquat" bei der Auswertung des Schichtprofils (Kriterien siehe später) und bei der Auswertung nach charakterologischen Alternativen (Kriterien siehe oben) differieren, da es sich um gänzlich unterschiedliche Auswertungskriterien handelt.

Zeichen	adäquat	inadäquat
7	:Punktkreis, Sonne, Blume, Ball.	Autobahn, Handwagen, Auto, Vorhängeschloß
8	:Brücke, Autogarage, Omnibus.	Halbmond, Einzelaue, Pilz.

Im folgenden wurde untersucht, ob sich bei der Wartegg-Testauswertung nach charakterologischen Alternativen für die Zeichen 1, 2, 3, 5 und 8 Unterschiede zwischen den verschiedenen Patientengruppen fanden.

Die hierbei erhobenen Befunde wurden verglichen:

1. mit ähnlichen Aussagen im gleichen Test,
2. mit ähnlichen Aussagen in der Eigenschaftswörterliste, in der die Patienten aufgefordert wurden, sich selbst nach dort aufgeführten Persönlichkeitseigenschaften einzuschätzen,
3. mit ähnlichen Aussagen im Situativen Fragebogen.

Eigenschaftswörterliste und Situativer Fragebogen wurden nicht bei allen Patienten durchgeführt. Es werden deshalb kleinere Patientenzahlen angegeben als bei der Besprechung der Einzeltests. Siehe diese in der Paralleldissertation von U. Hoffmann (19).

Zeichen 1

9 von 31 Ulcuspatienten boten bei diesem Zeichen eine inadäquate Lösung, d.h. sie wurden durch den kleinen Punkt, der nach Renner in seiner Winzigkeit etwas Mittenhaftes, Konzentriertes, Ursprunghaftes intendiert, nicht positiv angeregt. Die inadäquate Beantwortung spricht nach Wartegg für Entwurzelung, die adäquate für Selbstsicherheit.

1. Vergleich mit Strichstärke, Strichführung sowie dem Schichtprofil (Auswertung siehe später) im gleichen Test.

Ein druckschwacher Strich fand sich bei:

- 9 von 9 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung und bei
11 von 22 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung.

Dieses nach Renner (42) auf Unentschiedenheit, Antriebschwäche, Empfindsamkeit und Labilität hinweisende Zeichen, das sich bei Ulcuskranken an sich schon häufiger als bei Normalpersonen findet (siehe W.Z.T.-Auswertung S.16), ist anscheinend besonders oft bei den Patienten mit "Entwurzelungssyndrom" in der Ausführung von Zeichen 1 zu beobachten.

Tabelle 6

Charakterologische Alternativen

n	Archetypus	Fragestellung	Prozentsatz adäquater Lösungen				Prozentsatz inadäquater Lösungen			
			Alle U.	R.U.	G.	Np.	Alle U.	R.U.	G.	Np.
1	Anfang, Mitte Augenblick, Ge- worfensein	Selbstfindung, Zentrierung	70	71	80	71	29	28	15	25
2	Lebenskeim, Re- gung, lebens- spendende oder lebensgefähr- dende Erregung, Anpassung	Affektivität, Kontakt	64	50	88	92	19	21	8	8
3	Steigerung, Aufschwung, Übersteigerung, Weite, Tiefe	Stetigkeit, intentionale Dimension	39	35	42	37	61	71	57	62
4	Gefährdung, Nacht, Traum, Angst, Tod, Schuld	Unbewußtheit, Angst, Zwang- u. Schuld- position	61	64	34	67	26	28	42	33
5	Gegensatz als Widerstand, Durchsetzung	Vitalität, volitive Steuerung	39	29	54	54	45	42	42	46
6	Gegensatz als Trennung, Gliederung	Integration, rationale Steuerung	54	50	73	83	39	35	27	17
7	Witterung, Verfeinerung	Sensibilität, Hingabe, Ge- schmack, Takt	48	50	38	75	35	28	54	25
8	Bindung, Ber- gung, Harmonie	Gemütsmäßige Fundierung, Ausgeglichen- heit	19	21	31	54	74	79	61	46

Tabelle 7

Prozentzahl der Fälle mit adäquaten Lösungen mit dazugehörigen Persönlichkeitseigenarten für jedes der 8 Zeichen.

Zeichen	1	2	3	4	5	6	7	8
a.	selbstsicher	erregbar, aufgeschlossen	ehrgeizig, stetig	gefestigt	aktiv, entschieden	rational	sensibel, feinfühlig	bindungs-fähig
Alle Ulc. n=31	70	64	39	61	39	54	48	19
Rec.U.d. n=14	71	50	29	64	29	50	50	21
Gastr. n=26	80	88	42	34	54	73	38	31
Normalp. n=24	71	92	37	66	54	83	75	54

Prozentzahl der Fälle mit inadäquaten Lösungen mit dazugehörigen Persönlichkeitseigenarten für jedes der 8 Zeichen.

Zeichen	1	2	3	4	5	6	7	8
b.	entwurzelt	stumpf, kalt, verhalten	depressiv, schwankend	gefährdet	passiv, unentschieden	naiv, diffus	derb, grob	verhärtet, infantil
Alle Ulc.	29	19	61	26	45	39	35	74
Rec.U.d.	28	21	71	28	42	35	28	79
Gastr.	15	8	57	42	42	27	54	61
Normalp.	25	8	62	33	46	17	25	46

Die übrigen % (Ergänzung zu 100) fallen auf die Fälle mit weder als adäquat noch als inadäquat zu bezeichnenden Lösungen.

Es zeigte sich, daß die Recidiv-Ulcuskranken gegenüber den Normalpersonen (siehe Zeichen 2, Tabelle 7a) seltener erregbar und aufgeschlossen sind. Dieser Unterschied ist bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,27 % statistisch gesichert (erlaubte Zufallsdifferenz: 41,5 %, reelle Differenz: 42 %).

Eine unsichere Strichführung zeigten:

8 von 9 Ulcusfällen mit inadäquater Lösung und

12 von 22 Ulcusfällen mit adäquater Lösung.

Dieses nach Renner (42) auf Ermüdung, Empfindsamkeit, Hemmung und Selbstunsicherheit deutende Zeichen, das sich bei Ulcuspatienten, Gastritikern und Normalpersonen etwa gleich häufig findet (siehe W.Z.T.-Auswertung S.16), scheint bei "entwurzelten Ulcuspatienten" häufiger zu sein.

Eine Vernachlässigung von Zeichen 1 (siehe Schichtprofil-Auswertung S.35) fand sich bei:

8 von 9 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung und bei

9 von 22 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung.

2. Vergleich mit der Eigenschaftswörterliste

Es bezeichneten sich als selbstsicher:

6 von 7 Ulcuskranken mit inadäquater Lösung und

13 von 17 Ulcuskranken mit adäquater Lösung bei Zeichen 1.

3. Vergleich mit dem Situativen Fragebogen

Bei Frage Nr.54 ("Sind Sie selbstbewußt oder weniger selbstbewußt?") hielten sich für selbstbewußt:

4 von 8 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung und

7 von 15 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung bei Zeichen 1 im Wartegg-Zeichen-Test.

Zeichen 2

Die kleine geschwungene Linie fordert zur Fortführung der biegsamen Bewegung auf (42).

Eine inadäquate Lösung fand sich bei ca. 19 % der Ulcuskranken gegenüber jeweils etwa 8 % der Gastritiskranken und Normalpersonen, die somit nach Wartegg als stumpf, kalt und verhalten zu bezeichnen wären.

Die adäquate Lösung spricht für Erregbarkeit, Aufgeschlossenheit.

2. Vergleich mit der Eigenschaftswörterliste:

a) Es bezeichneten sich als kontaktfreudig:

5 von 5 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,

17 von 20 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,

11 von 15 Gastritiskranken mit adäquater Lösung.

b) Es bezeichneten sich als teilnehmend:

- 3 von 5 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,
- 15 von 20 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,
- 13 von 15 Gastritiskranken mit adäquater Lösung.

3. Vergleich mit dem Situativen Fragebogen

Frage Nr.33 "Nähmen Sie, wenn Sie ein guter Sportler wären, lieber an einem Einzel- oder Mannschaftswettkampf teil?"

Den Einzelwettkampf bevorzugten:

- 3 von 5 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung (1 Fall verhielt sich unentschieden),
- 6 von 15 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,
- 3 von 17 Gastritiskranken mit adäquater Lösung (1 Fall verhielt sich unentschieden).

Frage Nr.38 "Irritierte Sie eine nicht bestandene Prüfung mehr oder weniger?"

Mehr irritiert waren:

- 6 von 6 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,
- 13 von 15 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,
- 18 von 18 Gastritiskranken mit adäquater Lösung,

Frage Nr.58 "Eigneten Sie sich lieber einen Stoff an, indem Sie ein Buch lesen oder indem Sie an einer Gruppendiskussion teilnehmen würden?"

Das Buch gegenüber der Gruppendiskussion bevorzugten:

- 5 von 6 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,
- 10 von 14 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung (1 Fall verhielt sich unentschieden),
- 9 von 18 Gastritiskranken mit adäquater Lösung.

Zeichen 3

Die ansteigenden Striche dieses Zeichens regen zur Steigerung an.

Eine inadäquate Auffassung ist als depressiv, schwankend, ungerichtet zu deuten, eine adäquate als ehrgeizig, stetig.

Eine inadäquate Lösung zeigten:

- 10 von 14 Recidiv-Ulcuskranken,
- 15 von 26 Gastritiskranken,
- 9 von 17 restlichen Ulcuskranken.

Eine inadäquate Lösung findet sich also bei etwa $\frac{2}{3}$ der Recidiv-Ulcusfälle und bei etwa der Hälfte der übrigen Magenkranken (Gastritis und Einmal-Ulcus).

1. Vergleich mit Stetigkeit im Qualitätenprofil des Wartegg-Zeichen-Tests (Auswertung siehe S.34) bei Zeichen 3.

Stetigkeit war zu verzeichnen bei:

- 3 von 10 Recidiv-Ulcusfällen mit inadäquater Lösung,
- 3 von 4 Recidiv-Ulcusfällen mit adäquater Lösung,
- 14 von 24 übrigen Magenkranken mit inadäquater Lösung,
- 15 von 19 übrigen Magenkranken mit adäquater Lösung.

2. Vergleich mit der Eigenschaftswörterliste

a) Es bezeichneten sich als niedergeschlagen:

- 5 von 9 Recidiv-Ulcusfällen mit inadäquater Lösung,
- 6 von 16 übrigen Magenkranken (Gastritis und Einmal-Ulcus) mit inadäquater Lösung,
- 2 von 4 Recidiv-Ulcusfällen mit adäquater Lösung,
- 6 von 16 übrigen Magenkranken mit adäquater Lösung.

b) Es bezeichneten sich als wankelmütig:

- 2 von 9 Recidiv-Ulcusfällen mit inadäquater Lösung,
- 6 von 16 übrigen Magenkranken (Gastritis und Einmal-Ulcus) mit inadäquater Lösung,
- 1 von 4 Recidiv-Ulcusfällen mit adäquater Lösung,
- 2 von 16 übrigen Magenkranken mit adäquater Lösung.

Zeichen 5

Bei diesem Zeichen ist die ursprüngliche diagonale Bewegungsrichtung des ersten Striches durch einen querliegenden zweiten Strich abgeriegelt. Dadurch entsteht die Eindrucksqualität von Gegensätzlichkeit und Spannung (42).

Eine inadäquate Lösung spricht für Passivität, Unentschiedenheit, eine adäquate Lösung für Aktivität, Entschiedenheit.

Eine adäquate Lösung fanden:

- 4 von 10 Recidiv-Ulcusfällen (3 Fälle verwerteten Zeichen 5 gar nicht, eine Lösung konnte weder als adäquat noch als inadäquat bezeichnet werden),
- 22 von 41 übrigen Magenkranken (Gastritis und Einmal-Ulcus) (1 Fall verwertete Zeichen 5 gar nicht,

1 Lösung war weder als adäquat noch als inadäquat zu bezeichnen).

2. Vergleich mit der Eigenschaftswörterliste

a) Es bezeichneten sich als tatkräftig:

- 6 von 6 Recidiv-Ulcusfällen mit inadäquater Lösung,
- 10 von 12 übrigen Magenkranken (Gastritis und Einmal-Ulcus) (7 Magenkranke wurden nicht mit der Eigenschaftswörterliste getestet),
- 4 von 4 Recidiv-Ulcusfällen mit adäquater Lösung,
- 16 von 19 übrigen Magenkranken (3 Fälle wurden nicht mit der Eigenschaftswörterliste getestet).

b) Es bezeichneten sich als kontaktfreudig:

- 5 von 6 Recidiv-Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,
- 9 von 12 übrigen Magenkranken (Gastritis und Einmal-Ulcus),
- 4 von 4 Recidiv-Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,
- 16 von 19 übrigen Magenkranken mit adäquater Lösung,

c) Es bezeichneten sich als entschlossen:

- 3 von 6 Recidiv-Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,
- 9 von 12 übrigen Magenkranken mit inadäquater Lösung,
- 4 von 4 Recidiv-Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,
- 15 von 19 übrigen Magenkranken mit adäquater Lösung.

Zeichen 8

Im überwölbenden Bogen dieses Zeichens drückt sich die Tendenz zu harmonischer Rundung und Geschlossenheit, zur Bergung aus.

19 % der getesteten Ulcuspatienten und 31 % der Gastritiskranken fanden eine adäquate Lösung und wären nach diesen Kriterien für bindungsfähig zu halten. Die inadäquate Lösung spricht für Verhärtung, Infantilität.

2. Vergleich mit der Eigenschaftswörterliste

a) Es bezeichneten sich als kontaktfreudig:

- 21 von 23 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,
- 7 von 8 Gastritiskranken mit inadäquater Lösung,
- 4 von 5 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,
- 5 von 7 Gastritiskranken mit adäquater Lösung.

b) Es bezeichneten sich als gesellschaftsliebend:

- 17 von 23 Ulcuspatienten mit inadäquater Lösung,
- 5 von 8 Gastritiskranken mit inadäquater Lösung,
- 3 von 5 Ulcuspatienten mit adäquater Lösung,
- 2 von 7 Gastritiskranken mit adäquater Lösung.

Testauswertung nach Sinngebung

Dabei werden folgende Sinnrichtungen und Motivgruppen unterschieden:

1. Affektive Inhalte

- z.B. Spiralen, Drachen, große Tiere, Lippen, verzerrte Karikaturen, Fahrzeuge ohne Richtungsakzent, Einzelräder.

2. Sensitive Inhalte

- z.B. Wolken, Rauch, Blumen, Fische, Vögel, Schachbretter mit Figuren.

3. Adaptive Inhalte

- z.B. ganzheitliche Landschaftsbilder, Köpfe und Gesichter mit Halsansatz, aufgehende und strahlende Sonne, Häuser mit rauchenden Schornsteinen.

4. Introversive Inhalte

- z.B. Wohnecken, kleine Häuser, Tier- und Menschenköpfe ohne Halsansatz, untergehende Sonne, Mondsgesicht, isolierte Augen, Spinnen, Türen, Tore, Tunnel.

5. Extratensive Inhalte

- z.B. Redner, Springer, Schmuckstücke, Ornamente und Verzierungen, Initialen, übersteigerte Statistiken.

6. Idealisierende Inhalte

- z.B. Sternbilder, Planeten, Kirchen.

7. Volitive Inhalte

- z.B. Fahrzeuge mit Richtungsakzent, Waffen, Geschosse, Werkzeuge, Arbeits- und Sportgeräte.

8. Tenazitative Inhalte

- z.B. Brücken, Balken, Steine.

9. Sobrietative Inhalte

- z.B. Stückhafte Stoffe und Materialien, undynamische Gebrauchsgegenstände und Geräte, Häuser und Bauten, Quadrate.

0. Abstrakte Inhalte

- z.B. Vielecke, gegliederte geometrische Figuren, Zahlen, Muster, Schachbretter ohne Figuren, Uhren, techn. Zeichnungen.

Tabelle 8

Prozentzahl der verschiedenen Inhalte bei allen vorgegebenen Zeichen.

	Gastritiker	Ulcuspatient.	Normalperson.
	% von insgesamt 202 verwerte- ten Zeichen	% von insgesamt 229 verwerte- ten Zeichen	% von insgesamt 192 verwerte- ten Zeichen
1. Affektive Inhalte	6	12	8
2. Sensitive Inhalte	9	10	9
3. Adaptive Inhalte	7	10	7
4. Introversive Inhalte	11	6	11
5. Extratensive Inhalte	3	2	2
6. Idealisierende Inhalte	-	-	-
7. Volitive Inhalte	8	15	9
8. Tenazitative Inhalte	1	-	4
9. Sobrietative Inhalte	37	29	37
10. Abstrakte Inhalte	7	9	8
11. Kollektive und formale Inhalte	8	5	5
12. Originale Inhalte	-	-	-

11. Kollektive und formale Inhalte

z.B. alle statistisch häufigen Sinnmotive, Karikaturen ohne phantastischen oder originellen Akzent.

12. Originale Inhalte

z.B. diffus phantastische und pathologische Originallösungen jeder Sinnrichtung.

Ergebnis (siehe Tabelle 8 S.30)

Der Prozentsatz an affektiven Inhalten liegt bei den Ulcuspatienten etwa doppelt so hoch wie bei den Gastritiskranken (11,8 % : 5,9 %), ähnlich der Prozentsatz an volitiven Inhalten (14,8 : 8,4 %). Der Unterschied ist erst bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert .

Dagegen bieten die Ulcuskranken etwa halb so viele introversive Inhalte wie die Gastritiskranken (5,7 % : 11,3 %). Auch der Anteil an sobrietativen Inhalten erscheint bei den Ulcuskranken verringert. Der Unterschied ist erst bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert. Sonst findet sich weitgehende Übereinstimmung bei den drei getesteten Gruppen.

Die Vorliebe der Ulcuspatienten für affektive und volitive Inhalte könnte für Antriebsbetonung, Antriebskraft, Antriebsfülle und Willensgerichtetheit im Handeln auf die zu bewältigenden Objekte sprechen. Dagegen bezeugt die geringe Zahl an introversiven und sobrietativen Inhalten, daß bei den von uns getesteten Ulcusfällen die Innerlichkeit, die subjektive, gemüts- und phantasiemäßig bestimmte, nach innen gerichtete Weise des Fühlens nicht unbedingt dominiert, ebensowenig eine nüchterne zweckorientierte Haltung.

Mehr als einen introversiven Inhalt zeigten:

1 von 31 Ulcuspatienten (ca. 3 %)

5 von 26 Gastritiskranken (ca. 19 %)

7 von 24 Normalpersonen (ca. 29 %)

Mehr als ein introversiver Inhalt fand sich signifikant häufiger (bei 1 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert) bei den Normalpersonen als bei den Ulcuspatienten.

Tabelle 9

Korrelation zwischen Wartegg-Zeichen-Test (bezüglich introversiver Inhalte) und dem Situativen Fragebogen (Frage Nr.44: "Wäre Ihr augenblicklicher Zustand als nach innen oder nach außen gerichtet zu bezeichnen?")

	fehlende introversive Inhalte u. Zustand nach außen gerichtet	introversive Inhalte und Zustand nach innen gerichtet	introversive Inhalte und Zustand nach außen gerichtet	fehlende introversive Inhalte u. Zustand nach innen gerichtet
	Konkordanz der Aussage beider Tests		Diskordanz der Aussage beider Tests	
% von 24 Ulcusp.	29	25	17	29
% von 19 Gastrit. Pat.	21	26	21	31

Von 31 Ulcuspatienten führten sechs Fälle den Situativen Fragebogen nicht durch, ein Patient verhielt sich bezüglich dieser Frage unentschieden. Von 26 Gastritispatienten führten sechs Fälle den Situativen Fragebogen nicht durch, ein Patient verhielt sich bezüglich dieser Frage unentschieden.

Ergebnis von Tabelle 9:

Bei nur etwa der Hälfte der Ulcus- und Gastritispatienten stimmen die Aussagen des Wartegg-Zeichen-Tests mit denen des Situativen Fragebogens überein. Eine Erklärung für die geringe Übereinstimmung könnte sein, daß entweder beide Tests nicht das Gleiche erfassen oder aber daß das Ergebnis des Situativen Fragebogens durch den subjektiven Faktor der Selbstaussage des Patienten verfälscht wird.

Das Qualitätenprofil des Wartegg-Zeichen-Tests

Es soll auf Grundlage qualitativer Normen für den ganzen Testbogen die Arten der Auffassung, d.h. das Hervortreten oder Vernachlässigen der vorgegebenen Qualitätengruppen im Gestaltungsgange berücksichtigen.

Es sind für jedes der acht Zeichen jene Qualitäten zusammengestellt, die im Sinne objektiver Eigenwertigkeit des betreffenden Zeichens für die Versuchsperson Aufforderungscharakter gewinnen können. Daneben gibt es Gegenqualitäten, die die qualitative Vernachlässigung anzeigen.

So kann also eine Unterscheidung der qualitativ adäquaten (oder positiven) und inadäquaten (oder negativen) Auffassung der Anfangsgegebenheiten getroffen werden (52).

Auswertung des Qualitätenprofils

Die Addition der positiven und auch der negativen Auffassungen und der daraus errechnete Durchschnitt ergibt:

Gastritispatienten	29 positive Auffassungen
n = 26	12 negative Auffassungen
Ulcus duodeni Patienten	27 positive Auffassungen
n = 29	12 negative Auffassungen
Normalpersonen	28 positive Auffassungen
n = 24	12 negative Auffassungen

Ergebnis:

Bei den drei Gruppen zeigt sich kein Unterschied in der Art der Auffassung der vorgegebenen Anfangszeichen nach Auswertung des Qualitätenprofils.

Tabelle 10

Es finden sich hier jene Qualitäten, die (ungeachtet, ob adäquat oder inadaquat aufgefaßt) von den drei Gruppen bevorzugt oder vernachlässigt wurden.

Qualität	zu finden bei % der Gastritisp. n=26	zu finden bei % der Ulcus duod.P. n=29	zu finden bei % der Normalpers. n=24
klein	77	69	96
vergrößert	65	86	58
zart	89	76	96
derb	69	79	83
organisch	70	32	88
statisch	92	93	92
mechan.	69	45	63
dynamisch	62	55	71
abstrakt	19	21	8
gegliedert	89	86	67
stetig	73	55	54
wechselnd	4	11	17
dunkel	39	31	21
bergend	58	49	50
sachlich	58	59	67
bedrohend	31	10	30

Ergebnis (von Tabelle 10):

Bei den Normalpersonen und Gastritispatienten wird die Tendenz zur Zeichenvergrößerung seltener wahrgenommen als die entgegengesetzte Tendenz, umgekehrt bei den Ulcuskranken. Die Qualität "vergrößert" dominiert bei den Ulcuspatienten gegenüber den Gastritiskranken (signifikant im Grenzbereich der 1 % Ebene) auch gegenüber den Normalpersonen.

Eine besonders starke Abweichung zwischen den Gruppen findet sich in der Qualität "organisch". Sie zeigt sich signifikant häufiger bei den Normalpersonen gegenüber den Ulcuspatienten (bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert), auch bei den Gastritiskranken gegenüber den Ulcuspatienten (nur auf der 1 % Ebene signifikant).

Jeder 5. Patient mit Ulcus duodeni und Gastritis wählte abstrakte Zeichnungen, dagegen nur jede 12. Normalperson.

Stetigkeit ist bei den Normalpersonen und den Ulcuspatienten etwa gleich häufig zu verzeichnen (etwa übereinstimmend mit der Auswertung nach charakterologischen Alternativen, siehe S.24 Tab.7).

Das Schichtprofil des Wartegg-Zeichen-Tests

Es gibt Auskunft über die Stufen und Grade der Auffassung.

Auswertung des Schichtprofils:

Die ontogenetische Grundreihe (Richtwerte, gewonnen anhand von Testergebnissen durch Untersuchungen von Kindergartenkindern).

A) Reizgrundlagen

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Überdeckung | Rand überfahren
Zeichen überdeckt
Fläche bekritzelt
Fläche geschwärzt |
| 2. Vernachlässigung | Zeichen unberührt
Fläche leer
(d.h. die Aufgabe bleibt ungelöst) |
| 3. Einbeziehung | Zeichen eingeschlossen
Zeichen einbezogen
Zeichen zugeschlossen |
| 4. Diffuse Beachtung | diffus gehäuft
asymmetrisch wiederholt
Fläche getönt |
| 5. Tonische Verhaftung | Zeichen nachgefahren
Rand nachgefahren
Rand perseveriert
Fläche gegittert |
| 6. Fixierende Beachtung | mit Rand verbunden
symmetrisch wiederholt
gereiht, fortgeführt |

B) Sinnbezug

- | | |
|----------------------|--|
| 7. Sinnausgliederung | Dissoziative Sinngebung
(verfügbare Sinnschemata werden ohne nachweisbare Beeinflussung durch den Ausgangsreiz eingeschaltet)
indirekte Sinngebung
(das nicht einbezogene Anfangszeichen wirkt im Bildganzen sensorisch nach)
isolierende Sinngebung
(die Gegebenheit wird als abgeschlossenes Sinnmotiv angesehen) |
| 8. Sinnerfüllung | adäquate Normallösung
inadäquate Normallösung
pathologische Normallösung
adäquate Originallösung
inadäquate Originallösung
pathologische Originallösung |

Die Auswertung nach Sinnerfüllung (Punkt 8 S.35) erfolgte anhand einer Tabelle, der sogenannten Normalreihe, die für alle Anfangszeichen von Figur 1 - 8 eine Zusammenstellung jener Sinnmotive gibt, die unter 100 Lösungen durchschnittlich einmal vorkommen. Alle in der Normalreihe nicht vorhandenen Sinnmotive sind als Originallösungen aufzufassen.

Tabelle 11

In dieser Zusammenstellung findet sich die Prozentzahl der Fälle, bei denen wenigstens einmal vorkommt:

	Gastritis- patienten n=26	Ulcus- patienten n=31	Normal- personen n=24
Rand überfahren	35	32	54
Zeichen überdeckt	15	13	33
Fläche bekritzelt	8	10	-
Fläche geschwärtzt	23	26	33
Zeichen unberührt	85	64	46
Fläche leer	8	19	4
Zeichen eingeschlossen	92	68	71
Zeichen einbezogen	100	90	100
Zeichen zugeschlossen	100	90	100
diffus gehäuft	15	16	4
asymmetrisch wiederholt	65	48	42
Fläche getönt	15	19	8
Zeichen nachgefahren	27	42	33
Rand nachgefahren	-	-	-
Rand perseveriert	4	-	-
Gläche gegittert	4	3	8
mit Rand verbunden	11	29	17
symmetrisch wiederholt	85	68	92
gereiht, fortgeführt	35	52	58
dissoziative Sinngebung	-	6	8
indirekte Sinngebung	4	3	4
isolierende Sinngebung	-	3	-
adäquate Normallösung	96	93	100
inadäquate Normallösung	38	39	46
pathologische Normallösung	77	77	79
adäquate Originallösung	65	64	92
inadäquate Originallösung	35	32	12
pathologische Originallösung	4	32	17

Tabelle 12

Prozentuale Häufigkeit der einzelnen Vorkommnisse

	Gastritisp. % bei 208 vorgegebenen Zeichen	Ulcus d.P. % bei 248 vorgegebenen Zeichen	Normalp. % bei 192 vorgegebenen Zeichen
Rand überfahren	8	8	20
Zeichen überdeckt	2	2	4
Fläche bekritzelt	1	3	-
Fläche geschwärzt	4	5	7
Zeichen unberührt	19	22	9
Fläche leer	3	7	-
Zeichen eingeschlossen	20	13	17
Zeichen einbezogen	78	70	90
Zeichen zugeschlossen	40	34	48
diffus gehäuft	2	3	-
asymmetrisch wiederholt	12	7	6
Fläche getönt	3	5	1
Zeichen nachgefahren	5	8	7
Rand nachgefahren	-	-	-
Rand perseveriert	1	-	-
Fläche gegittert	-	-	1
mit Rand verbunden	2	6	3
symmetrisch wiederholt	23	20	21
gereiht, fortgeführt	7	12	13
dissoziative Sinngebung	-	6	1
indirekte Sinngebung	-	3	-
isolierende Sinngebung	-	-	-
adäquate Normallösung	46	35	46
inadäquate Normallösung	6	6	7
pathologische Normallösung	19	18	17
adäquate Originallösung	20	18	24
inadäquate Originallösung	7	5	1
pathologische Originallösung	1	5	4

Tabelle 13

Prozentzahl der Fälle, bei denen vorkommt:

	Gastritisp. n=26	Rec.U.d. n=14	Alle U. n=31	Normalp. n=24
Rand überfahren				
1-3 mal	30	21	26	37
4-7 mal	4	-	6	17
Zeichen unberührt				
1-3 mal	80	50	48	41
4-6 mal	4	14	6	4
7 u. mehr	-	7	10	-
Zeichen einbezogen				
weniger als 4 mal	4	29	16	-
4 u. mehr mal	96	71	80	100
Zeichen asymmetrisch wiederholt				
0 mal	34	79	51	58
2 mal	30	-	9	4
Zeichen nachgefahren				
1-2 mal	23	35	39	29
3 u. mehr mal	4	-	3	4
Zeichen symmetrisch wiederholt				
1-2 mal	50	85	74	66
3 u. mehr mal	34	7	13	25
adäquate Normallösungen				
1-3 mal	46	57	61	41
4-6 mal	5	35	32	58
inadäquate Normallösung.				
1-2 mal	38	57	39	45
patholog. Normallösung.				
1-3 mal	73	64	74	75
4 u. mehr	4	7	3	4
adäquate Originallösung.				
1-3 mal	53	57	58	83
4-6 mal	7	-	6	8
7 u. mehr	4	-	-	-
inadäquate Originallös.				
mehr als 1	15	-	6	-
patholog. Originallös.				
mehr als 1	4	7	6	12
Alle Normallösungen				
1-3	7	21	19	4
4-6	50	43	51	66
7 u. mehr	42	29	22	29
Alle Originallösungen				
1-3	69	64	55	79
4-6	15	7	22	12

Ergebnis der Schichtprofilauswertung:

Mehr Gastritispatienten als vergleichsweise Ulcusranke und Normalpersonen ließen mindestens ein Zeichen unberührt (85 % : 64 % : 46 %).

Von den Ulcus- und Gastritispatienten wurden allerdings mehr Zeichen unberührt gelassen als von den Normalpersonen (22 % : 9 % : 9 % der Zeichen).

Das vorgegebene Zeichen wurde mindestens einmal überhaupt nicht verwertet von ca. 19 % der Ulcuskranken gegenüber etwa 8 % der Gastritiker und etwa 4 % der Normalpersonen.

Die Ulcus- und Gastritispatienten neigen anscheinend dazu, die Zeichen zu vernachlässigen. Vermutlich weniger aus Flüchtigkeit als deshalb, weil sie mit der gestellten Aufgabe nicht fertig werden. Sie vernachlässigen das Zeichen oder verwerten es gar nicht.

Von den Gastritiskranken wurden gegenüber den Ulcuspatienten und Normalpersonen von den gesamten, ihnen vorgegebenen Zeichen anscheinend mehr asymmetrisch wiederholt (12 % : 7 % : 6 % der Zeichen).

Dissoziative Sinngebung (d.h. keine nachweisbare Beeinflussung durch den Ausgangsreiz) war bei den Ulcuspatienten 16 mal (von allen vorgegebenen Zeichen) gegenüber zweimal bei den Normalpersonen und keinmal bei den Gastritiskranken zu beobachten.

Dies soll vom achten Lebensjahr ab immer ein Zeichen der Intelligenzminderung sein (52).

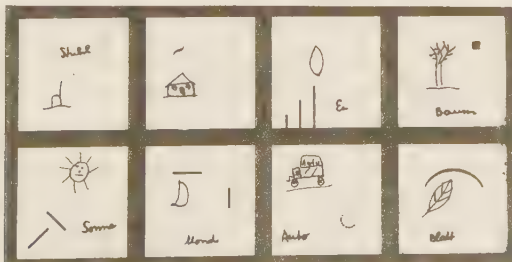


Abb.3 Bei allen acht vorgegebenen Zeichen findet sich dissoziative Sinngebung.

Zu diesem Fall (Nr.11)

K., F., Diagnose: deformierter Bulbus.

Der 40-jährige Patient arbeitet als Setzer in einer Druckerei. Er stellt Schablonen her und versteht die Tätigkeit im Sitzen. Er müsse sich nicht totarbeiten, verdiene allerdings sehr wenig. Er lebe sorglos und sei stolz auf seine Kinder, die in der Schule und im Beruf sehr tüchtig seien.



Abb.4 Bei allen acht vorgegebenen Zeichen findet sich dissoziative Sinngebung.

Zu diesem Fall (Nr.4)

K., W., Diagnose: Bulbus duodeni narbig eingezogen.

Anamnese:

1961 Ulcus duodeni

1962 Ulcus duodeni

Der 39-jährige Patient ist Zimmermann. Nebenbei betreibt er noch Landwirtschaft. Er war im Krieg SS-Gruppenführer. Jetzt werde er oft von Träumen über Kriegserlebnisse geplagt. Er berichtete keine Einzelheiten darüber, da heute niemand mehr Verständnis für seine damalige Lage habe.

Indirekte Sinngebung (das nichteinbezogene Anfangszeichen wirkt im Bildganzen sensorisch nach) zeigte sich bei den Ulcuspatienten 7 mal (von den gesamten vorgegebenen Zeichen) und nur je einmal bei Gastritiskranken und Normalpersonen. Dies läßt nach dem achten Lebensjahr auf infantile Verhaftung schließen (52).

Zu diesem Fall Nr.7 (siehe Abb.5 S.41)

Schl., H., Diagnose: Ulcus duodeni, daneben Angina pectoris vasomotorica. Der Patient führte den Wartegg-Zeichen-Test zweimal durch, nachdem er nochmals ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht wurde, daß die vorgegebenen Anfangszeichen zu verwerten sind. Trotzdem fand sich noch bei sieben Zeichen indirekte Sinngebung.

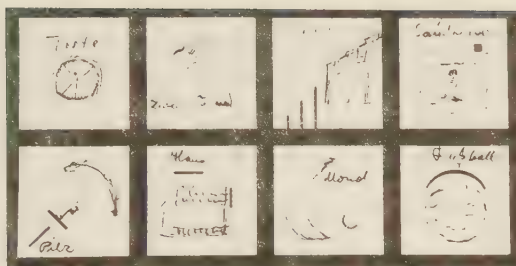


Abb.5 Von acht vorgegebenen Zeichen ist bei sieben Zeichen indirekte Sinngebung zu beobachten.

Der 41-jährige Patient ist gelernter kaufmännischer Handelsvertreter. Er ist jetzt als Reisender - Vertreter bei einer namhaften Firma tätig. Er bezeichnet sich selbst als zu den fünf besten Vertretern dieser Firma gehörig. Er ist sehr ehrgeizig und möchte in seinem Beruf noch mehr leisten. Folgende Konfliktsituation läßt schon auf seine Inriantilität schließen. Während eines Urlaubsaufenthaltes in Spanien lernte er eine Spanierin kennen, die wesentlich intelligenter und gebildeter als der Patient selbst war. Trotz der Flüchtigkeit der Bekanntschaft nahm er diese Frau mit nach Deutschland, um sie dort sehr bald zu heiraten. Doch schon wenige Tage nach der Eheschließung merkte er, daß er dieser Frau unterlegen war. Er bezeichnete sie als ausgesprochen kalt. Es kam zu heftigen Auseinandersetzungen, und man trennte sich sehr bald wieder. Der Patient mußte der Frau hohe Abfindungen zahlen.

Wenigstens eine adäquate Originallösung zeigten ca. 92 % der Normalpersonen gegenüber 64 % der Ulcuspatienten und ca. 65 % der Gastritiskranken. Hinsichtlich der prozentualen Häufigkeit adäquater Originallösungen (bezogen auf die Zahl der vorgegebenen Zeichen) ergab sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den drei Gruppen.

Wenigstens eine inadäquate Originallösung fand jeweils etwa jeder dritte Gastritis- und Ulcuskranker gegenüber jeder achten Normalperson.

Prozentuale Häufigkeit inadäquater Originallösungen bezogen auf die Gesamtzahl der vorgegebenen Zeichen: 7 : 5 : 1 %.

Wenigstens eine pathologische Originallösung war bei etwa jedem dritten Patienten mit Ulcus duodeni, jeder sechsten Normal-

person und jedem 25. Gastritispatienten zu beobachten. Prozentuale Häufigkeit, bezogen auf die Gesamtzahl der vorgegebenen Zeichen: 5 : 4 : 1 %.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Normallösungen ergab sich zwischen den drei untersuchten Gruppen kein wesentlicher Unterschied.

3. Der Durchstreichtest "ohne Modell" von Richard Meili

Der Meilitest gehört zu den Leistungstests. Er gibt Aufschluß über Konzentration und Arbeitsverhalten der Versuchsperson.

Testbeschreibung

Der Test besteht aus einem Din A 4 Bogen, der 16 Zeilen enthält. In jeder Zeile finden sich 31 kleine rechts und links konvexe Bogen, die entweder oben, unten oder oben und unten mit einem Kreuz versehen sind. Eine oberste Zeile dient zur kurzen Orientierung der Versuchsperson und wird nicht bewertet. Der Test stellt keine großen Anforderungen an die Intelligenz.

Versuchsanleitung

Die Versuchsperson wird aufgefordert, alle linkskonvexen Bogen, die oben oder unten durch ein Kreuz gekennzeichnet sind, durchzustreichen. Man überzeugt sich zunächst, ob die Versuchsperson die ihr gestellte Aufgabe verstanden hat. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß Schnelligkeit ohne größere Fehlerzahl erwünscht ist. Mit Beginn der Testdurchführung wird eine Stoppuhr in Gang gesetzt und die für jede Zeile benötigte Zeit registriert. Wir ließen die Versuchsperson von Zeile 1 - 16 durchstreichen und verzichteten auf die von Meili nach Zeile 13 vorgeschlagene Pause von einer Minute. Nach Beendigung des Tests ließ man die zur Durchführung etwa benötigte Zeit und die unterlaufenen Fehler schätzen.

Testauswertung:

Verwertet wird die bis zur Zeile 13 benötigte Gesamtzeit und die Summe der bis dahin unterlaufenen Fehler und Auslassungen.

Tabelle 14

Gibt Auskunft über die von jedem Patienten bis Zeile 13 benötigte Zeit, die Summe der Fehler und Auslassungen, das Patientenalter und über den zur Zeit der Testdurchführung ausgeübten Beruf.

Gastritispatienten (n=36)

Nr.	Zeit Min.Sec.		Fehler u. Aus- lassungen	Alter in Jahr.	Beruf
8	4	30	13	41	Elektromonteur
23	5	25	20	30	Tiefbauarbeiter
28	5	10	24	29	Feldhüter
29	4	25	20	22	Kraftfahrer
38	6	50	17	38	Hilfsarbeiter
42	4	51	14	39	Arbeiter
49	5	22	25	35	Anstreicher
51	7	4	31	22	Monteur
54	8	10	39	30	Kraftfahrer
57	8	57	9	33	Vermessungstechniker
62	4	30	9	31	Kraftfahrer
64	4	2	2	24	Maschinenbaukonstrukteur
65	7	39	13	23	Hilfsarbeiter
66	5	24	24	30	Viehhändler
67	7	11	16	25	Hilfsarbeiter
73	4	36	19	28	Kaufmännischer Angestellter
75	7	55	48	58	Hilfsarbeiter
77	4	6	34	16	Kellner
78	3	46	8	24	Krankenpflegeschüler
80	4	14	19	26	Zimmermann
81	5	56	5	37	Emaillierer
82	4	6	27	30	Stahlbauschlosser
83	3	55	20	45	Verwaltungsangestellter
84	6	41	13	20	Hohlglasfeinschleifer
87	5	48	8	45	Lokführer
88	4	13	9	31	Hausmeister
89	7	7	45	22	Maurer
90	7	7	4	32	Postfacharbeiter
91	6	40	33	27	Maurer
92	7	9	2	39	Techn. Betriebsleiter
94	7	3	33	37	Autoschlosser
96	4	30	9	25	Stud. der Elektrotechnik
97	4	47	4	33	Techniker
99	4	3	12	23	Stud.d.Hochschule f.Erziehg.
01	7	55	9	26	Baggerführer
02	5	43	9	28	Maler

Patienten mit Ulcus duodeni-Recidiv (n=16)

Nr.	Zeit Min.Sec.		Fehler u. Aus- lassungen	Alter in Jahr.	Beruf
4	9	30	2	39	Zimmermann u. Landwirt
5	6	45	7	34	Industriemeister
12	9	29	3	53	Schreiner u. Zimmermann
16	7		5	23	Hausmeister
19	7	50	19	55	Gemeindebote
39	4	42	32	32	Gießereiarbeiter
40	5	41	5	42	Gemeindebote
41	4	55	27	20	Schlosser
43	5	20	5	23	Orthopädie-Mechaniker
47	6		24	30	Schlosser
52	7	16	24	36	Arbeiter
59	6	40	19	49	Lackierer
63	7	30	6	30	Kraftfahrer
70	7	55	9	30	Arbeiter
100	4	56	46	45	Arbeiter
103	5	37	21	57	Hilfsarbeiter

Patienten mit Einmal-Ulcus-duodeni (n=19)

2	7	30	2	35	Schlosser
3	4	5	1	28	Former
6	5	25	22	38	Krankenpfleger
7	5		36	41	Vertreter
22	6	5	26	25	Zimmermann
25	6	55	31	30	Zimmermann
58	4	10	19	41	Hilfsarbeiter
76	3	10	25	23	Stud.rer.pol.
95	6	5	8	35	Baggerführer
10	8	52	12	40	Baggerführer
11	5	5	5	40	Arbeiter
37	5	15	28	36	Monteur
55	11	4	24	58	Wachmann
86	5	33	22	26	Maler
31	7	15	8	28	Dachdecker
44	5	36	4	54	Laborfachwerker
48	7	30	18	52	Hilfsarbeiter
93	7	39	30	55	Fabrikarbeiter
98	3	55	22	26	Hilfsarbeiter

Zahl der getesteten Fälle

5 Gastritiskranke

5 Recidiv-Ulcuspatienten

9 Patienten mit Einmal-Ulcus duodeni

Das durchschnittliche Alter der Gastritiskranken betrug

37 Jahre gegenüber 37 Jahren der Patienten mit Ulcus duodeni.

Ermittlung bezüglich Alter, Fehlerzahl und Schnelligkeit
bei der Gesamtzahl der getesteten Fälle.

Geringe Fehlerzahl bei kurzer Zeit zeigten:

Ca. 12 % der Fälle bis zu 30 Jahren

Ca. 18 % der Fälle mit 31 Jahren und älter

Geringe Fehlerzahl bei mittlerer bis langer Zeit zeigten:*)

Ca. 20 % der Fälle bis zu 30 Jahren

Ca. 35 % der Fälle mit 31 Jahren und älter

Mittlere bis große Fehlerzahl bei kurzer Zeit zeigten:

Ca. 26 % der Fälle bis zu 30 Jahren

Ca. 19 % der Fälle mit 31 Jahren und älter

Mittlere Fehlerzahl bei mittlerer bis langer Zeit zeigten:

Ca. 12 % der Fälle bis zu 30 Jahren

Ca. 13 % der Fälle mit 31 Jahren und älter

Große Fehlerzahl bei mittlerer bis langer Zeit zeigten

Ca. 29 % der Fälle bis zu 30 Jahren

Ca. 24 % der Fälle mit 31 Jahren und älter.

Ergebnis:

Bezug auf durchschnittliche Fehlerzahl und Zeit zeigt sich
im Vergleich zweier Altersgruppen keine Abhängigkeit vom
Patientenalter.

Da sich in der Patientengruppe mit 31 Jahren und älter
überwiegend die Ulcuspatienten befinden (durchschnittli-
ches Alter 37 Jahre gegenüber 31 Jahren der Gastritis-
patienten) erklärt sich der Unterschied von 20 % gegen-
über 35 % bei der Konstellation "geringe Fehlerzahl bei
mittlerer bis langer Zeit".

Tabelle 15

Durchschnittliche Zeit und Fehlerzahl

	Gastritisp. n=36	Ulcuspat. n=35	Rec. U. d. n=16
1. durchschnittliche Fehlerzahl	18	17	17
2. durchschnittliche Zeit	5 Min.54 Sec.	6 Min.22 Sec.	6 Min.41 Sec.

Tabelle 16

Beziehung zwischen Zeit und Fehlerzahl

	0-5 Min.	5,1-10 Min.	
über 10 Fehler	9	:	14
bis 10 Fehler	6	:	7

Gastritisp.
n=36

	0-5 Min.	5,1-10 Min.	
über 10 Fehler	7	:	13
bis 10 Fehler	1	:	13

Ulcus d.P.
n=34

	0-5 Min.	5,1-10 Min.	
über 10 Fehler	3	:	5
bis 10 Fehler	0	:	8

Rec.U.d.P.
n=16

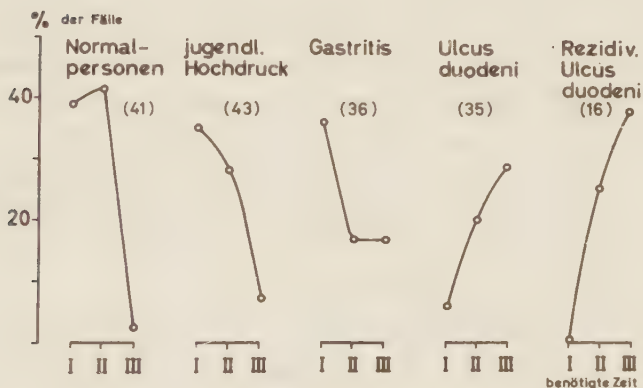
(Nur ein Ulcuspatient benötigte mehr als 10 Min.).

Bezüglich Fehlerzahl und Zeit trafen wir folgende Einteilung:

0-10 = geringe Fehlerzahl	bis 5 Min. = schnell
11-20 = mittlere Fehlerzahl	>5-10 Min.= mittlere bis lange Zeit
ab 21 = große Fehlerzahl	>10 Min. = sehr langsam

Ergebnis:

Die Ulcuspatienten machten durchschnittlich einen Fehler weniger als die Gastritiskranken und brauchten durchschnittlich etwa eine Minute länger zur Testdurchführung (siehe 1. und 2. in Tabelle 15 S.46). Eine Zeit von mindestens 5 Min. 30 Sec. benötigten nur knapp die Hälfte der Gastritiskranken und Normalpersonen, dagegen 2/3 aller Ulcuspatienten und 3/4 der Rezidiv-Ulcuskranken.



Prüfung von Konzentration und Aufmerksamkeit
im Durchstreichtest nach Meili.
Verteilung der Fälle mit max. 20 Fehlern
auf die Zeitbereiche I-III.
I = 3,0 - 4,9 Min., II = 5,0 - 6,9 Min., III = 7,0 - 9,9 Min.

Abb.6 Die Werte der Normalpersonen und der Patienten mit jugendlichem Hochdruck wurden einer noch nicht abgeschlossenen Inaugural-Dissertation entnommen (37).

Aus Abbildung 6 geht hervor, daß etwa gleich viele Normalpersonen, Patienten mit jugendlichem Hochdruck und Gastritiskranke (nämlich jeweils knapp die Hälfte) geringe bis mittlere

Fehlerzahl(maximal 20 Fehler)bei einer kurzen Zeit(3,0-4,9 Min.) zeigten. Nur ein geringer Prozentsatz der Normalpersonen, Patienten mit jugendlichem Hochdruck und der Gastritiskranken (nämlich etwa 3 % : 7 % : 17 %) benötigten lange Zeit (7,0-9,9 Min.) bei einer Fehlerzahl bis maximal 20. Etwa spiegelbildlich verhielten sich die Ulcus-duodeni-Kranken und darunter besonders die Patienten mit Recidiv-Ulcus.

Wir untersuchten nun die Verteilung der Patienten mit verschiedener Fehlerzahl auf die drei Zeitgruppen "schnell" (3-5 Min.), "mittelschnell bis langsam" (über 5-10 Min.) und "sehr langsam" (über 10 Min.).

I. Schnell arbeitende Patienten

"Wenig Fehler bei kurzer Zeit" zeigten sechs Gastritiskranke gegenüber einem Ulcuspatienten, dagegen hatten "mittlere bis große Fehlerzahl bei kurzer Zeit" neun Gastritiskranke gegenüber sieben Ulcuspatienten (vergleiche Tabelle 16, S.46).

II. Mittelschnell bis langsam arbeitende Patienten

"Wenig Fehler bei mittlerer bis langer Zeit" machten sieben Gastritiskranke gegenüber 13 Patienten mit Ulcus duodeni(davon waren etwa $\frac{3}{4}$ Recidiv-Ulcusfälle).

III. Sehr langsam arbeitende Patienten

Nur ein Ulcuspatient benötigte mehr als 10 Minuten.

Bei den Ulcuskranken finden wir Abweichungen gegenüber den Gastritispatienten möglicherweise in zwei Richtungen , nämlich:

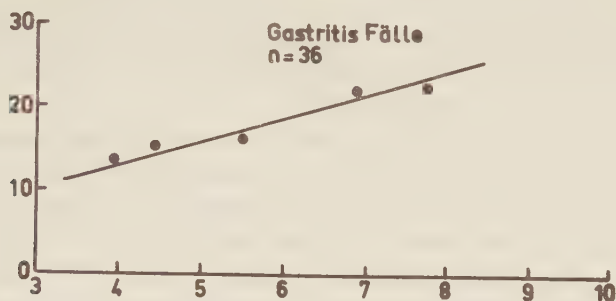
1. Häufiger Patienten mit "wenig Fehlern bei mittlerer bis langer Zeit" als Patienten mit "wenig Fehlern bei kurzer Zeit" (siehe das Verhältnis von 13 : 1 gegenüber 7 : 6 bei den Gastritiskranken in Tabelle 16 S.46) *)
2. Anscheinend etwas häufiger Patienten mit "viel Fehlern bei kurzer Zeit" Sechs von 35 Ulcuspatienten hatten gegenüber zwei von 36 Gastritiskranken 21 und mehr Fehler bei 0-5 Minuten. Ein eventueller Unterschied wäre hier allerdings erst an größeren Patientenzahlen zu verifizieren.

Anschließend wird die Beziehung zwischen Zeit und Fehlerzahl

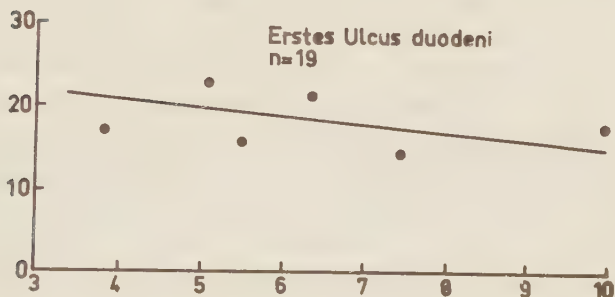
*) Der Unterschied der Verteilung auf beide Zeitbereiche bei den Ulcuskranken ist bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,27% gesichert. (Nur 1% der Ulcuskranken mit maximal 10 Fehlern benötigten bis zu 5 Min., dagegen ca. 38% darüber, bei den Gastritikern sind es ca. 17 und 19,5).

über den gesamten Bereich kurvenmäßig für die Gruppen Gastritis-
kranke, Einmal-Ulcus und Recidiv-Ulcus dargestellt (Abb.7)

a.



b.



c.

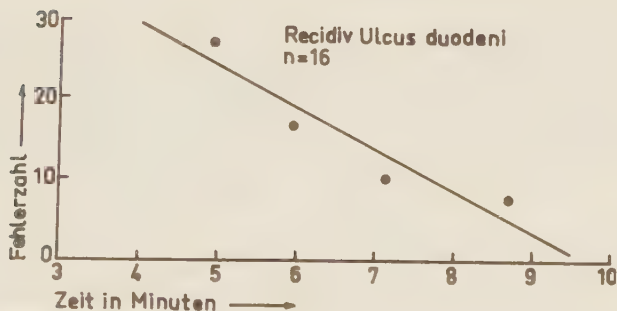


Abb.7: Beziehung zwischen Zeit und Fehlerzahl im Durchstreichtest "ohne Modell" bei Gastritikern (oben), einmaligem Ulcus (mitte) und Recidiv-Ulcus (unten).

Die Kurvenpunkte sind Mittelwerte aus den jeweils benachbarten Einzelwerten und zwar von links nach rechts:

- a) bei 5, 10, 7, 6 und 8 Patienten mit Gastritis,
- b) bei 4, 3, 3, 3, 4 und 2 Patienten mit Einmal-Ulcus,
- c) bei 4, 4, 4 und 4 Patienten mit Recidiv-Ulcus.

Die Mittelwertskurven zeigen einen gegensätzlichen Verlauf bei Gastritikern und Recidiv-Ulcera, während die einmaligen Ulcera eine Mittelstellung einnehmen.

Die Untersuchungen zeigen, daß es bei den Ulcuskranken Patienten mit sehr heterogenem Arbeitsverhalten gibt, nämlich neben den Perfektionisten ("wenig Fehler bei langer Zeit") auch besonders flüchtig oder unkonzentriert arbeitende Patienten ("viel Fehler bei kurzer Zeit").

Bei unserem Ulcuskrankengut waren es etwa $\frac{1}{3}$ der Fälle, bei denen die Gewissenhaftigkeit auf Kosten der Zeit ging. Sie wollen oder können die gestellte Aufgabe nicht mit geringem Zeitaufwand lösen. Eine solche perfektionistische Einstellung dürfte in beruflicher Hinsicht Anlaß zu Konflikten geben. So kann z.B. ein Mensch, der zur gewissenhaften Ausführung seiner Arbeit ein bestimmtes Maß an Zeit benötigt, leicht in Schwierigkeiten geraten, wenn er die in einer bestimmten Zeit verlangte Arbeit wegen der oft geforderten Zeitbegrenzung (Akkord und Fließband) nicht korrekt ausführen kann.

H., M., ein 38-jähriger Krankenpfleger mit Ulcus duodeni, der im Durchstreichtest nach Meili selbst bei einer Zeit von ca. 5 $\frac{1}{2}$ Minuten noch 22 Fehler machte, schilderte uns z.B., daß er, obwohl er seinen Beruf liebe, nicht glücklich dabei sei. Er möchte beim Anlegen eines Gipsverbandes größte Sorgfalt walten lassen, wozu er Zeit und Ruhe brauche. Seine Arbeitskollegen und auch die Fülle der anfallenden Arbeiten lassen ihm nicht die Möglichkeit, die Tätigkeit zu seiner eigenen Zufriedenheit zu erledigen.

B., F., ein 34-jähriger, an rezidivierenden Ulcera duodeni leidender Industriemeister, zeigte bei einer Zeit von ca. 7 Minuten 7 Fehler. Nach jedem Arbeitswechsel trat ein Ulcus duodeni auf. Er möchte seine beruflichen Aufgaben immer noch besser erledigen als gut. Als Meister trage er die Verantwortung. Er sei oft innerlich unruhig, da eventuell eine Arbeit nicht ganz exakt ausgeführt oder irgendwo ein Fehler unterlaufen sein könnte. Er hält sich für unabkömmlich bei der Arbeit.

Testauswertung nach Selbsteinschätzung

Bei der Selbsteinschätzung bezüglich der benötigten Zeit und der Anzahl von Fehlern fand sich kein Unterschied zwischen Gastritispatienten und Ulcuskranken.

Auffällig ist, daß sich etwa die Hälfte bei beiden Gruppen bezüglich der Fehlerzahl besser einschätzte, als es den Tatsachen entsprach.

(4 Ulcusfälle konnten keine Zeitangabe machen. 6 Ulcuspatienten und 2 Gastritiskranke konnten die Fehler nicht schätzen).

Nennung einer exakten Fehlerzahl bei der Selbsteinschätzung:
19 von 34 Gastritiskranken u. 11 von 29 Patienten mit Ulcus d.
Nennung einer exakten Zeit bei der Selbsteinschätzung:
22 von 36 Gastritiskranken u. 9 von 31 Patienten mit U.d.
Etwa die Hälfte der Gastritiskranken nannte also sowohl bei
der Fehler- als auch bei der Zeiteinschätzung eine Zahl.
Bei den Ulcuspatienten waren es nur etwa 1/3 der Fälle.
Signifikant mehr Gastritisfälle als Ulcusranke gaben bei der
Selbsteinschätzung eine exakte Zahl an. Der Unterschied ist
bei 1 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert.
Dies könnte dafür sprechen, daß die Ulcuskranken häufiger un-
entschlossen oder unsicher sind.

4. Der Berufs-Interessen-Test von Martin Irle

Der Test dient zur Ermittlung von beruflichen Interessen.
Nur eine geringe Patientenzahl führte diesen Test durch. Zu
seiner Ausführung sind mindestens 20 Minuten nötig, deshalb
wurde er häufig abgelehnt. Außerdem erwies er sich in der
Durchführung bei einigen der von uns getesteten Patienten als
zu schwierig, wurde mißverstanden und war deshalb nicht ver-
wertbar.

Testbeschreibung

Neun Berufsinteressenrichtungen werden mit diesem Test erfaßt:

Technisches Handwerk TH
Gestaltendes Handwerk GH
Technische u. naturwissenschaftliche Berufe TN
Ernährungs-Handwerk EH
Land- u. forstwirtschaftliche Berufe LF
Kaufmännische Berufe KB
Verwaltende Berufe VB
Literarische u. geisteswissenschaftliche Berufe LG
Sozialpflege u. Erziehung SE

Jede der neun Interessenrichtungen ist durch achtzehn beruf-
liche Tätigkeiten vertreten.

Versuchsanleitung

Der Testbogen wurde der Versuchsperson vorgelegt und seine
Durchführung genau an einem Beispiel erklärt. Die Zeit war un-
begrenzt. Damit lediglich die Neigung der Versuchsperson für
die betreffende Berufswahl entscheidet, wird die fiktive

Annahme gemacht, jede Tätigkeit sei von der Versuchsperson erlernt worden, werde gleich gut bezahlt und genieße gleiches Ansehen. Auch wird die Frage nach einem Berufswunsch, unabhängig von bisheriger Berufsausbildung und -tätigkeit, gestellt.

Testauswertung

Mit Auswertungsschablonen werden die Wahlen je Interessenrichtung addiert und so die "Rohwerte" ermittelt.

Mit Hilfe einer Normentabelle läßt sich für jede Versuchsperson die berufliche Interessenrichtung und ihre Stärke feststellen.

Zahl der getesteten Fälle:

18 Gastritiskranke

25 Ulcuspatienten

Das Interesse für die verschiedenen aufgeführten Berufsgruppen ist bei Gastritiskranken und Ulcuspatienten als durchschnittlich zu bezeichnen (26 - 75 %), mit Ausnahme der literarischen und geisteswissenschaftlichen Berufe, für die bei den Ulcuspatienten nur ein schwaches Interesse (0 - 25 %) besteht.

Der Vergleich zwischen dominierendem Berufsinteresse und zur Zeit ausgeübtem Beruf zeigte Übereinstimmung bei:

10 von 18 Gastritiskranken und 11 von 25 Ulcuspatienten. Ähnlich war die Übereinstimmung zwischen Berufsinteresse und erlerntem Beruf. Sie bestand bei:

7 von 18 Gastritiskranken und 14 von 25 Ulcuspatienten. Beim Vergleich von Testergebnis und geäußertem Berufswunsch fand sich Übereinstimmung bei:

9 von 10 Gastritiskranken und 5 von 8 Ulcuspatienten. (Keinen Berufswunsch hatten die übrigen 8 Gastritiskranken und 17 Ulcuspatienten geäußert.)

Schwierigkeiten im Beruf (Beruf zu anstrengend, schlechte Bezahlung, Ärger mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen etc.) hatten:

9 von 18 Gastritiskranken und 6 von 25 Ulcuspatienten.

abelle 17

enthält den erlernten Beruf, bisher ausgeübte Berufe, die Tätigkeit zur Zeit der Testdurchführung und die Interessenrichtung in % (so besagt z.B. TH = 40, daß das Interesse der Versuchsperson am technischen Handwerk höher ist als bei 0 % der Normpopulation)

astritispatienten n=18

r.	erlernte u. bisher ausgeübte Berufe	zur Zeit der Testdurchführung ausgeübter Beruf	TH	GH	TN	EH	LF	KB	VB	LG	SE
8	Werkzeugmach.	Elektromont.	99	5	50	60	74	45	60	0,3	2
29	Kraftfahrzeugschloss.	Kraftfahrer	99	9	67	18	60	64	10	3	46
38	Schäfer	Hilfsarbeit. u. Landwirt	80	30	35	83	90	5	73	1	20
49	Anstreicher	→	40	96	50	75	90	5	20	10	25
51	Schlosser-Kraftfahrer	Monteur	85	30	90	50	10	70	30	37	40
57	Vermessungstechniker	→	5	78	64	65	20	85	37	83	58
62	Buchhalter	Kraftfahrer	98	20	78	20	10	37	72	40	2
64	Maschinenbaukonstrukt.	→	65	35	94	0,7	0,1	88	83	45	2
78	Kaufmann, Soldat, Verkaufsfahrer	Krankenpflegegeschüler	4	35	10	45	45	50	73	10	100
79	Kaufmann	Schreiner	45	30	35	20	45	92	93	60	20
82	Stahlbauschlosser	→	75	15	78	30	50	68	36	20	80
83	Kaufmann. Angestellter	Verwaltungsangestellter	15	5	55	84	50	75	90	10	57
88	Maurer	Hausmeister	80	18	67	15	94	5	65	0,4	50
90	Maurer	Postfacharb.	70	35	84	70	30	9	80	50	0,5
96	Stud.d. Elektrotechn.	→	80	9	88	50	4	9	75	0,3	89
97	Techniker	→	34	25	45	80	85	3	85	53	20
99	Stud.d. Hochschule für Erziehung	→	1	80	66	4	45	10	0,4	94	85
02	Maler	→	1	35	70	83	94	9	64	30	5

Fortsetzung von Tabelle 17

Ulcuspatienten n=25

Nr.	erlernte u. bisher ausgeübte Berufe	zur Zeit der Testdurchführung ausgeübter Beruf	TH	GH	TN	EH	LF	KB	VB	LG	SE
4	Zimmermann u. Landwirt	→	94	25	45	40	85	15	33	0,3	73
5	Industriemeister	→	96	5	50	45	0,2	87	80	5	56
9	Zimmermann u. Einschal-ler	→	94	9	22	87	88	0,5	62	1	15
12	Schreiner u. Zimmermann	→	65	90	12	55	75	90	33	5	58
16	Maschinen-schlossler	→	98	35	45	22	88	10	25	5	33
18	Großhandels-kaufmann	Landwirt u. ehrenamtl. Kassenverw.	4	15	40	40	10	80	99	70	50
19	Lohgerber, Beaufsicht. d. Grünanlagen	Gemeindebote	65	15	15	65	80	55	78	35	66
30	Koch, Gleisbau, Ziegelei	Maschinen-dreher	65	75	0,5	73	84	70	25	0,5	87
40	Organist	Gemeindebote	40	1	80	0,6	10	8	70	40	100
41	Schlossler	→	65	25	40	92	65	20	25	3	87
43	Orthopädie-mechaniker	→	40	50	96	28	18	48	20	78	50
63	Autoschloss-er, Guß-putzer	Bohrer	66	12	65	65	90	70	53	1	40
68	Bauschlossler u. Kunst-schmied, KFZ-Mechaniker, Maschinist am Bau	Entziehungs-anstalt	80	60	45	30	40	75	50	33	60
10	Baggerführer	→	96	15	55	92	90	11	2	1	5
11	Arbeiter in Druckerei	→	60	78	30	65	35	75	65	53	50
34	Waldfachar-beiter u. Landwirt	→	94	15	45	35	93	8	0,4	1	80
86	Bäcker	Maler	92	36	63	50	8	94	75	1	10

Fortsetzung von Tabelle 17

Ulcuspatienten

r.	erlernte u. bisher ausgeübte Berufe	zur Zeit der Testdurchführung ausgeübter Beruf	TH	GH	TN	EH	LF	KB	VB	LG	SE
2	Schlosser	→	99	15	68	50	50	40	40	3	15
3	Former	→	85	36	15	60	96	40	10	0,3	60
6	Krankenpfleger	→	29	70	35	60	80	9	60	0,5	92
7	Kaufmännischer Handelsvertreter	Reisender-Vertreter	5	60	15	45	80	97	63	34	40
22	Zimmermann	→	78	50	5	75	92	30	32	0,3	70
25	Zimmermann u. Landwirt	→	99	45	45	60	80	75	10	0,5	15
58	Metzger, Vorarbeiter in Gießerei	Hilfsarbeiter	90	18	40	98	85	2	2	0,5	2
76	Stud.rer. pol.	→	40	3	57	10	2	99	88	43	30

Durchschnittliche Prozentwerte der Interessenrichtungen

Gastritis p.

Ulcus duodenip.

TH	54	69
GH	33	34
TN	62	41
EH	47	54
LF	50	61
KB	40	48
VB	58	44
LG	30	16
SE	39	50

Das Interesse an technischen und naturwissenschaftlichen Berufen ist bei Gastritiskranken durchschnittlich höher als bei 62 % der Normpopulation.

Das Interesse am technischen Handwerk ist bei Ulcuspatienten durchschnittlich höher als bei 69 % der Normpopulation.

Trotz der Schwierigkeiten fand sich Übereinstimmung des zur Zeit ausgeübten Berufes mit dem Testergebnis bei:

5 von 9 Gastritiskranken und 6 von 6 Ulcuspatienten.

Ein Berufswechsel war bei:

9 von 18 Gastritiskranken (durchschnittl. Alter 30 J.)

und 9 von 25 Ulcuspatienten (durchschnittl. Alter 35 J.)
zu verzeichnen.

V. Diskussion

"Die psychosomatische Medizin beschäftigt sich mit den psychischen und charakterologischen Beziehungen zu organischen Krankheiten." (Christian und Jacob, 4). Slaughter (47) weist darauf hin, daß das peptische Geschwür die einfachste aller psychosomatischen Störungen und gleichzeitig auch die häufigste ist." Die Ätiologie der Ulcuskrankheit ist psychosomatischer Art" (Glatzel (16). Schwidder (45) betont, daß das peptische Ulcus zu den organischen Krankheiten gehört, bei denen der Einfluß seelischer Faktoren auch von der Inneren Medizin mehr und mehr beachtet und anerkannt wird. Wieck, Kallenberg, Lieber, Pauli und Posth (54) fanden keinen signifikanten Unterschied der Persönlichkeitsmerkmale von Ulcuskranken und Kontrollgruppen (klinisch psychiatrische Untersuchungen von jeweils 100 Männern, wegen Ulcus ventriculi oder duodeni operiert, 100 Männern ohne Ulcusleiden und 100 Männern mit abnormen Erlebnisreaktionen oder psychopathologischen Persönlichkeiten). Dazu äußerte Jores (24), daß keine Tatsache in der psychologischen Medizin besser fundiert sei als die Bedeutung psychischer Faktoren für die Entstehung der Ulcuskrankheit.

Mit unseren Untersuchungen versuchten wir zu prüfen, ob und wie weit es möglich ist, Persönlichkeitseigenarten beim Ulcus-duodeni-Kranken mit Hilfe von psychologischen Tests zu erfassen.

Als Vergleichsgruppe wählten wir Gastritispatienten, da es uns

interessant erschien festzustellen, ob sich hinsichtlich ihrer Charaktereigenarten Unterschiede zu Ulcuspatienten ergaben. Nach Berg (2) bestehen zwischen Magenneurose, Gastritis und Ulcus fließende Übergänge. Konjetzny (31) bezeichnete das typische Magen-Zwölffingerdarmgeschwür als Komplikation der Gastroduodenitis. Kalk (26) hat darauf hingewiesen, daß peptisches Ulcus und Gastritis ihrem Wesen und ihrer Genese nach verschieden sein müssen. Glatzel (15, 16) berichtete, daß gewisse gemeinsame charakteristische Wesenszüge vor Auftreten der Ulcuskrankheit, während der akuten Erkrankung und auch nach Abklingen weiterhin bestehen und somit auch nicht als Folgen der körperlichen Krankheit anzusehen sind.

Nur eine ganz geringe Zahl beider untersuchter Patientengruppen konnte Magenenerkrankungen in der Familie angeben. Wretmark (56) fand bei Brüdern Ulcuskranker signifikant häufiger Ulcera als bei der Normalbevölkerung. Nach Kalk (27) lassen Familienuntersuchungen vermuten, daß ein dominanter Vererbungsmodus an der Schaffung der Ulcuscondition mitwirken kann. Dem scheint die von uns auch bei Patienten mit Recidiv-Ulcus ermittelte geringe familiäre Belastung zu widersprechen.

Konfliktsituationen

Von zahlreichen Autoren wird ein Konflikt als ulcusauslösende Ursache diskutiert. Lopez Ibor (32) sagte: "Konflikt und Persönlichkeit sind untrennbar. Bestimmte Persönlichkeiten sind bestimmten Konflikttypen gegenüber empfindlicher und umgekehrt." V.v. Weizsäcker (53) sah den Kampf um Geltung in der Welt, den Kampf ums Leben, um Besitz und um soziales Prestige als typische Konfliktstoffe an. Nach Glatzel (16) bilden meist berufliche Themen den Inhalt der Konfliktsituation. An anderer Stelle (12) hob er die Themen "Recht, Ehre, Freiheit" als bedeutungsvoll hervor. Mayr (35) fand bei acht von ihm untersuchten unausgewählten Ulcuspatienten die Krankheit in eine Konfliktsituation eingebettet. Berufliche oder familiäre Konfliktsituationen wurden seelisch nicht verarbeitet. Mit Beginn des körperlichen Leidens berührte die Patienten die Konfliktsituation plötzlich nicht mehr. Pflanz, Rosenstein und v. Uexküll (40) wiesen auf den Zusammenhang zwischen Auftreten

und Recidivieren von peptischen Geschwüren nach Ausschluß aus einer Gemeinschaft hin. Spiegelberg (49) sah, daß ein Ulcus nicht in jedem Falle durch berufliche Konflikte oder Störungen auf dem Gebiet der oral-kaptativen Triebstruktur verursacht wird. Schwidder (45) hat vor Beginn der Magen-symptomatik nie neue Konflikte gesehen, sondern nur eine Zuspitzung und Verschärfung der schon bestehenden.

Hinsichtlich Zahl und Art der durch einfache Exploration erfahrenen Konfliktsituationen konnten wir keine eindeutige Aussage treffen. Etwa die Hälfte der Gastritis- und Einmal-Ulcus-Patienten und etwa 1/3 der Fälle mit Recidiv-Ulcus schienen sorglos und zufrieden. Es fand sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied. Auch in den Konflikt-themen (finanzielle Sorgen, berufliche Probleme und familiäre Schwierigkeiten) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Gastritis- und Ulcuskranken.

Vergleichende Betrachtung der Testergebnisse untereinander und mit der Literatur.

Es interessierte uns

- a) in welchen Eigenschaften die Magenkranken (Gastritis und Ulcus) in ihrer Gesamtheit sich von den Normalpersonen,
 - b) in welchen Eigenschaften sich die Ulcuskranken von den Normalpersonen und
 - c) in welchen Eigenschaften sich die Ulcuskranken von den übrigen Magenkranken (Gastritikern) unterscheiden würden.
- Nur die Abweichungen unter c) könnten sichere Ulcusspezifität ausdrücken, die Abweichungen unter b) nur fragliche Ulcusspezifität.

Zu a) Bei der Gesamtheit der Magenkranken (Gastritis und Ulcus) fand sich gegenüber den Normalpersonen:
signifikant häufiger (bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert) im W-Z-T^{*)}: Antriebsschwäche, Unentschiedenheit, Empfindlichkeit, Rührigkeit u.ä.^{**) ;}

^{*)} W-Z-T = Wartegg-Zeichen-Test.

^{**) Hier wie bei den folgenden Eigenschaftsreihen handelt es sich um verschiedene Interpretationsmöglichkeiten für jeweils ein bestimmtes Testergebnis (Mehrdeutigkeit der Testaussage).}

signifikant seltener (bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) im W-Z-T: Antriebskraft, Impulsivität, Härte**);

fraglich seltener (nur bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) im Baum-Test: Verslossenheit, Zurückhaltung, Introversion.

Zu b) Bei den Recidiv-Ulcus-duodeni-Kranken fand sich gegenüber den Normalpersonen:

signifikant seltener (bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) im W-Z-T: Erregbarkeit und/oder Aufgeschlossenheit.

Zu c) Bei den Ulcuskranken fand sich gegenüber den übrigen Magenkranken:

fraglich häufiger (bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) im W-Z-T: Antriebsbetonung, Antriebskraft, Antriebsfülle, Willensgerichtetheit im Handeln auf zu bewältigende Objekte;

fraglich seltener (bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) im W-Z-T: Introversive Inhalte (Sinnggebung), eine nüchterne zweckorientierte Haltung.

Als "ulcusspezifisch" (Vergleich c)) zeigte sich also (wenn auch nur signifikant bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit):

mehr Antriebskraft, Antriebsbetonung, Antriebsfülle und Willensgerichtetheit im Handeln auf die zu bewältigenden Objekte; weniger introversive Inhalte bei der Sinnggebung und eine weniger nüchterne zweckorientierte Haltung.

Als "fraglich ulcusspezifisch" (wenngleich signifikant) zeigte sich seltener Erregbarkeit und / oder Aufgeschlossenheit (Erregbarkeit im Sinne von Sich-Ansprechen-lassen).

Dieser Befund steht in scheinbarem Widerspruch zur Aussage des Baum-Tests, wonach die Magenkranken (Gastritis- und Ulcuspatienten) vielleicht seltener verschlossen sind. Die Beobachtung ist aber weniger aussagefähig, da es sich um die

**) Siehe die entsprechende Fußnote auf S.58.

Gesamtheit der Magenpatienten (Gastritis und Ulcus) handelte und der Unterschied nur bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit signifikant ist.

Die geringe Verwendung introversiver Inhalte bei der Sinngebung im W-Z-T besagt hier nicht, daß die Ulcuskranken stärker nach außen als nach innen gerichtet sind. Sie drückt vielmehr einen Mangel an Innerlichkeit aus. (Es fehlt die Neigung oder Fähigkeit zu gemüts- und phantasiemäßiger Ausgestaltung von Eindrücken).

Die hier von uns als "ulcusspezifisch" oder "fraglich ulcus-spezifisch" diskutierten Persönlichkeitseigenarten wurden auch bereits von verschiedenen Autoren als "ulcustypisch" beschrieben. Glatzel (13) und Glatzel und Pasche (14) charakterisierten den Ulcuskranken unter anderem als überempfindlich, feinfühlig, labil, verschlossen, leistungswillig. Die Überempfindlichkeit gegenüber dem Erleben anderer fehlt; man vermißt oft eine innere Wärme. Von Hollmann und Hantel (20) wurde hervorgehoben, daß die nach außen sichtbare Extraversion der Ulcuskranken nicht urtümlich ist, sondern reaktiv. Der Grundtypus ist introvertiert, wie es sich in der Aussage zu b) in unseren Untersuchungen (Zurückhaltung der Recidiv-Ulcus-Kranken) zu äußern scheint.

Die Gastritispatienten zeichneten durchschnittlich kleinere Bäume als die Ulcuskranken, Patienten verschiedener andersartiger Erkrankungen und Normalpersonen. Diskutabel (nur auf der 5 % Ebene signifikant) ist die unterschiedliche Baumhöhe zwischen Gastritispatienten und der Ulcusgruppe; deutlicher ist der Unterschied zwischen Ulcuspatienten und Nichtmagenkranken, die allerdings nur mit Vorbehalt vergleichbar sind, da die Nichtmagenkranken leicht abweichende Testbedingungen hatten.

Die durchschnittliche Baumhöhe betrug:

Gastritisp.:	Ulcusp.:	Pat.verschied.anders- artiger Erkrankungen:	Normalp.
--------------	----------	--	----------

10,1 cm	11,9 cm	12,7 cm	19,2 cm
---------	---------	---------	---------

Suchenwirth und Moritzen (51) fanden durch Baum-Test-Untersuchungen bei Schizophrenen, Zykllothymen und Normalpersonen

einen Gruppendurchschnittswert der Baumhöhen bei den Normalpersonen (zusammengesetzt aus männlichen und weiblichen Personen) von 14,43 cm.

Nicht nur im Baum-Test, sondern auch nach dem Qualitätenprofil des W-Z-T tritt die Neigung der Ulcuspatienten zur "Vergrößerung" deutlich hervor. Die Qualität "vergrößert" dominiert bei Ulcuspatienten gegenüber Gastritiskranken. Der Unterschied ist signifikant (im Grenzbereich der 1 % Ebene), auch gegenüber den Normalpersonen. (Es handelt sich bei diesen Normalpersonen nicht um die Personengruppe des Baum-Tests. Die Vergleichbarkeit war beim W-Z-T besser gewährleistet).

Möglicherweise kann man in der festgestellten Neigung der Ulcuspatienten zur Vergrößerung das graphische Äquivalent der von vielen Autoren hervorgehobenen Eigenschaften Ehrgeiz, Geltungsstreben (13), Besitzstreben (25), Streben nach sichtbaren Triumpfen (11), sehen.

Hartmann (17) bezeichnete das Ulcus als Krankheit der zivilisierten Welt, die vorwiegend die aufstrebenden, ehrgeizigen Männer befällt. Glatzel und Pasche (14) charakterisierten den Ulcuspatienten als meist ausdauernd, oft hartnäckig, ordentlich, manche auch als eigensinnig, sparsam und kleinlich.

Nach Wretmark (56) sind Kranke mit Ulcus duodeni oft kühl und abstrakt. Die Qualität "abstrakt" fand sich im Qualitätenprofil des W-Z-T bei Ulcus- und Gastritispatienten anscheinend häufiger als bei Normalpersonen. (Ein Unterschied ist allerdings statistisch nicht zu sichern). Wohl aber dominierte die Qualität "organisch" bei den Gastritispatienten signifikant gegenüber den Ulcuskranken (bei 1 % Überschreitungswahrscheinlichkeit), auch bei den Normalpersonen gegenüber den Ulcuspatienten (signifikant bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit). Die Vorstellungswelt der Ulcuskranken erstreckt sich also mehr auf das organische Materielle als auf das Lebende (gestörtes Besitzstreben?).

Bei Betrachtung der für die einzelnen Zeichen gefundenen Lösungen im W-Z-T fiel auf, daß die Ulcuspatienten gegenüber den Gastritiskranken und Normalpersonen seltener die für

einige Zeichen recht naheliegenden Lösungen fanden. So zeichneten z.B. bei Zeichen sieben die Ulcuskranken seltener einen Kreis als die Patienten mit Gastritis (signifikant auf der 1 % Ebene) und die Gesamtheit der Nichtulcuskranken (signifikant auf der 0,27 % Ebene); von den letzten waren es 26 %, von den Ulcuskranken 0 %. Bei Zeichen acht wählte ebenfalls kein Ulcuskranker den Kreis, hingegen 22 % der Nichtmagenkranken. Auch dieser Unterschied ist statistisch signifikant (auf der 1 % Ebene, nahezu bei 0,27 %).

Wir deuteten das wie folgt:

den Ulcuskranken fällt es schwerer, eine Aufgabe einfach zu lösen. Entweder genügt ihnen die bequeme Lösung nicht oder es fällt ihnen schwer, eine solche zu "finden", und die Aufgabe wird dadurch kompliziert. Hollmann (21) sagte, daß die Ulcuskranken nicht zufrieden sind mit den Aufgaben, die sich aus ihrem Lebenskreis ergeben, sie wollen mehr leisten als von ihnen gefordert wird. Wenn ihnen die Aufgaben nicht genügen, die ihnen ihre Umwelt stellt, so machen sich manche von ihnen diese zu ihrem eigenen Gebrauch schwieriger.

Bei Zeichen acht des W-Z-T war auffällig, daß die Ulcuspatienten gegenüber den Gastritiskranken signifikant seltener (bei 0,27 % Überschreitungswahrscheinlichkeit gesichert) eine adäquate Normallösung fanden und fraglich seltener (nur bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) auch gegenüber den Normalpersonen. Etwa die Hälfte der Ulcusfälle (55 %) und etwa je 1/3 der Gastritiskranken (38 %) und Normalpersonen (37 %) wählten dafür pathologische Normallösungen. Gut zur Hälfte bestanden diese pathologischen Normallösungen bei den Ulcuspatienten und Normalpersonen aus einem Halbmond (als einfache pathologische Normallösung) und zu 1/3 bei den Gastritiskranken.

Bei den Magenkranken blieb die Aufgabe im W-Z-T verschiedentlich ungelöst, etwas häufiger bei den Ulcuspatienten als bei den Gastritiskranken (7 : 3 gegenüber 0 % aller Zeichen bei den Normalpersonen). Bevorzugt wurden die Zeichen 7, 2 und 5 zeichnerisch nicht verwertet. Die Ulcus- und Gastritiskranken ließen gegenüber den Normalpersonen auch mehr Zeichen unberührt (22 % : 19 % : 9 % aller Zeichen).

Wartegg-Zeichen-Test-Untersuchungen von Duhm (10) bei kleineren Kindern, Schulkindern, Hilfsschulkindern und Erwachsenen ergaben, daß die Hilfsschulkinder im Unterschied zu gleichaltrigen Normalschulkindern die Zeichen häufiger vernachlässigten oder nur partiell beachteten. Zeichen 8 wurde von allen ihren Gruppen häufiger beachtet. Zeichen 4 und 5 wurden von allen Gruppen nicht ganz so häufig aufgegriffen. Auch Zeichen 2 bot den jüngeren und Hilfsschulkindern Schwierigkeiten.

Vermutlich beruht die leichte Neigung der Ulcus- und Gastritiskranken zu ähnlicher Reaktionsweise nicht auf Flüchtigkeit; möglicherweise werden sie mit der gestellten Aufgabe nicht fertig, vernachlässigen die Zeichen deshalb oder lassen die Aufgabe ungelöst. Dafür liegen Hinweise aus der Literatur vor. Glatzel und Pasche (14) kamen auf Grund graphologischer Analysen bei 80 Ulcuspatienten unter anderem zu folgender Feststellung: "bei allen ist die Phantasie verkümmert oder durch Illusionen ersetzt. Damit ist die Produktion lahmgelegt. Dies zeigt sich besonders in schwierigen Situationen, wo sie keinen Ausweg finden, weil die Phantasie ihnen keinen zeigt." Die Verkümmierung der Phantasie ist jedoch bei der klinischen Beobachtung (14) nicht als wesentliches Kennzeichen hervorgetreten. Die Phantasielosigkeit im Schichtprofil des W-Z-T zeigte sich uns bereits in der Sinnggebung (siehe S.60).

Mit einem Leistungstest von Meili prüften wir, ob sich Unterschiede im Arbeitsverhalten zwischen Gastritiskranken und Ulcuspatienten zeigten.

Eine Zeit von mindestens 5 Min. 30 Sec. benötigten 75 % der Recidiv-Ulcusfälle gegenüber nur 39 % der Normalpersonen. Der Unterschied ist (bei 1 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) gerade signifikant.

Bei den Ulcuspatienten fanden wir Abweichungen im Arbeitsverhalten gegenüber den Gastritikern in zwei Richtungen:

1. Unsere Ulcuskranken machten abweichend von den Patienten mit Gastritis häufiger "wenig Fehler bei mittlerer bis langer Zeit" als "wenig Fehler bei kurzer Zeit". Der Unterschied

der Verteilung auf beide Zeitbereiche bei den Ulcuskranken ist bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,27 % gesichert. (Nur 3 % der Ulcuspatienten mit maximal 10 Fehlern benötigten bis zu 5 Minuten, dagegen ca. 38 % darüber; bei den Gastritiskranken sind es ca. 17 % und 19 %).

2. Anscheinend findet sich unter den Ulcuspatienten aber auch häufiger eine zweite Gruppe: "Viel Fehler bei kurzer Zeit". Ein eventueller Unterschied wäre hier allerdings erst an größeren Patientenzahlen zu prüfen.

Die Unterschiede zeigen, daß es bei den Ulcuskranken Patienten mit sehr verschiedenem Arbeitsverhalten gibt:

1. die Perfektionisten ("wenig Fehler bei mittlerer bis langer Zeit") und
2. möglicherweise auch flüchtig oder unkonzentriert arbeitende Patienten ("viel Fehler bei kurzer Zeit").

Bei unserem Ulcuskrankengut waren es etwa 38 %, bei denen die Gewissenhaftigkeit auf Kosten der Zeit ging. Eine solche übergewissenhafte und perfektionistische Einstellung dürfte in beruflicher Hinsicht häufig Anlaß zu Konflikten geben und eine ulcusbegünstigende Situation bedeuten.

Glatzel (12) beschrieb "den" Ulcuskranken als übergewissenhaft und pedantisch. Auch Modell und Pottern (38), ebenso Larmor (34) bezeichneten den Ulcuskranken als übergewissenhaft. Dreyer u. Görges (9) stellten bei Untersuchungen von Akkordarbeitern eine signifikante Anhäufung von chronisch Magenkranken und Magenoperierten fest. Nach Glatzel (13) spielt der Beruf im ulcusauslösenden Konflikt eine wesentliche Rolle. Corn (5) hob hervor, daß der Ulcuskranke nach neurotischem Perfektionismus und Pseudounabhängigkeit strebt. Hoyer und Pedersen (22) halten Menschen, die durch ihre perfektionistischen Tendenzen zu einem Konflikt neigen und die "pathische Mechanismen" benutzen, für ulcusgefährdet. Pickert (41) wies darauf hin, daß schwere körperliche, besonders Akkordarbeit, Änderungen der Funktion des Magens bewirken könne.

Bei der Selbsteinschätzung nach Zeit und Fehlerzahl im Weini-Test fiel auf, daß sich die Hälfte der Magenkranken bezüglich

Zeit und Fehlerzahl besser einschätzte als es den Tatsachen entsprach. Das ist möglicherweise ein Zeichen dafür, daß sich die Magenkranken mehr zutrauen oder mehr wollen, als sie in Wirklichkeit können. Glatzel u. Pasche (14) fanden auf Grund ihrer graphologischen Untersuchungen an Ulcuskranken, daß alle mehr wollten als sie konnten.

Signifikant mehr (bei 1 % Überschreitungswahrscheinlichkeit) Gastritispatienten nannten gegenüber den Ulcuskranken eine exakte Zahl bei der Selbsteinschätzung. Dies könnte auf eine Unsicherheit der Ulcuskranken hindeuten.

Die Recidiv-Ulcuskranken wechselten häufiger ihren Beruf als die übrigen Magenkranken (Gastritis u. Einmal-Ulcus), nämlich 54 % : 32 %. Der Unterschied ist erst bei 5 % Überschreitungswahrscheinlichkeit signifikant, außerdem war das Alter der Recidiv-Ulcusfälle durchschnittlich höher als das der Nicht-ulcuskranken (38,8 Jahre : 34,5 Jahren), was die Möglichkeit des häufigen Berufswechsels zumindest mit bedingen könnte.

Davies u. Wilson (6) fanden, daß 84 % der Ulcuskranken gegenüber 22 % der Kontrollen kurz vor Auftreten der Ulcussymptomatik einen emotionalen Stress erlebt hatten. Der Stress war ein Wechsel des Arbeitsplatzes, eine Gefährdung der wirtschaftlichen Sicherheit oder eine unsicher gewordene Karriere. Einige ähnliche Fälle fanden sich auch in unserem Ulcuskrankengut.

Der Berufs-Interessen-Test war wenig aufschlußreich, möglicherweise durch die geringe getestete Fallzahl und die fehlende Gruppe von Normalpersonen. Ein Vergleich zwischen dominierendem Berufsinteresse und zur Zeit ausgeübtem Beruf zeigte Übereinstimmung bei etwa der Hälfte der Ulcus- und Gastritispatienten (44 % : 55 %). Schwidder (44) fand, daß 88 % der Ulcuspatienten gegenüber 45 % der Kontrollgruppe einen Berufsweg gewählt hatten, der nicht in ihrer Absicht und in ihrem Plan lag.

Zur Frage der Brauchbarkeit und Aussagekraft der von uns angewandten und zum Teil durch Vereinfachungen ausgewerteten Tests wäre folgendes zu sagen: ein Vergleich zwischen Wartegg-Test und Situativem Fragebogen bzw. der Eigenschaftswörterliste (angewandt bei (19)) ergab:

1. bezüglich introversiver Inhalte und "Zustand nach innen oder außen gerichtet" bei nur etwa der Hälfte der Gastritis- und Ulcuspatienten eine Konkordanz der Aussage beider Tests.
2. bezüglich Auswertung nach charakterologischen Alternativen und Fragen der Eigenschaftswörterliste und des Situativen Fragebogens häufiger Abweichungen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, daß entweder beide Tests nicht das Gleiche erfassen oder/und daß das Ergebnis durch den subjektiven Faktor der Selbstaussage des Patienten verfälscht wird. Der Leistungstest von Meili ist leicht durchführbar und auswertbar, ebenso der Baum-Test bei vereinfachter Auswertung. Beide sind sicher für derartige Untersuchungen geeignet. Der B-I-Test war für unser Patientengut zu schwer verständlich und zeitaufwendig in der Durchführung, sonst, bei einer großen Fallzahl von Gastritis- und Ulcuspatienten angewandt, sicher aufschlußreich. Mit dem W-Z-Test waren zwar einzelne Persönlichkeitseigenarten bei unserem Krankengut faßbar; er benötigt aber viel Zeit zur Auswertung.

Wesentlich ist auch, daß alle Tests bei allen Patienten durchgeführt werden (was bei uns aus mancherlei Gründen nicht immer möglich war), um eine Bestätigung bzw. Abweichung der Ergebnisse besser beurteilen zu können.

Unsere Ergebnisse bestätigen die Aussagen verschiedener Autoren, einige nur teilweise, etwa derart, daß nur ein Teil der Ulcuskranken dem perfektionistischen Typ zugehört, andere sogar in der Gegenrichtung von der Norm abweichen. Die Untersuchungen zeigen die Möglichkeit, mit relativ einfachen Tests ein quantitatives Bild der Verteilung der Persönlichkeitseigenarten innerhalb der verglichenen Patientengruppen zu erhalten. Soweit Beobachtungen (vielleicht wegen der kleinen Fallzahl) nur fraglich signifikante Unterschiede erkennen lassen, verdienen sie zumindest als Anregung und Basis zu Ergänzungsuntersuchungen Interesse. Aus diesem Grund wurden die erhobenen Einzelergebnisse auch dieser Versuche in Tabellen gebracht.

VI. Zusammenfassung

Es wurde versucht, mit Hilfe psychologischer Tests (Baum-, Wartegg-, Durchstreich- und Berufsinteressen-Test) Persönlichkeitseigenarten bei Ulcus-duodeni-Kranken quantitativ zu erfassen. Die Ergebnisse bei 46 männlichen Ulcuskranken, davon 22 Recidiv-Ulcus-Fällen, wurden mit denen bei 44 Patienten mit Gastritis verglichen.

Als "ulcusspezifisch" zeigten die Tests das häufigere Vorkommen von Antriebskraft, -betonung, -fülle und Willensgerichtetheit "im Handeln" und das seltenere Vorkommen introversiver Inhalte, gleichbedeutend einem Mangel an Innerlichkeit (Gemüt, Phantasie), aber auch seltener eine nüchterne zweckorientierte Haltung.

Als "fraglich ulcusspezifisch" zeigte sich eine bei den Ulcuspatienten gegenüber den Gastritiskranken häufigere Tendenz zur Vergrößerung von Testzeichen, vielleicht als Ausdruck von Geltungs- und Besitzstreben. Die Recidiv-Ulcuskranken zeigten daneben seltener als die Normalpersonen die Testkriterien für Aufgeschlossenheit.

Die Ulcusfälle fanden im Zeichentest seltener recht naheliegende einfache Lösungen, als die Vergleichspatienten. Es fällt den Ulcuskranken offenbar schwer, eine gestellte Aufgabe einfach zu lösen.

Im Leistungstest sahen wir bei den Ulcuspatienten signifikant mehr Patienten mit "wenig Fehlern bei mittlerer bis langer Zeit" als Patienten mit "wenig Fehlern bei kurzer Zeit". Diese Ulcuskranken gehörten also zum Typ des Übergewissenhaften, des Perfektionisten.

Eine Unsicherheit Ulcuskranker in der Selbsteinschätzung scheint sich darin zu äußern, daß signifikant weniger Ulcuspatienten als Gastritiskranke eine exakte Zahl der zum Test benötigten Zeit angaben.

Die Recidiv-Ulcuskranken wechselten fraglich signifikant häufiger den Beruf als die übrigen Magenkranken.

Die Untersuchungen zeigten die Möglichkeit, mit relativ einfachen Tests ein Bild der Verteilung der Persönlichkeitseigenarten innerhalb der verglichenen Patientengruppen zu erhalten.

Literaturverzeichnis

- (1) Alexander, F., Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsgebiete, Walter de Gruyter u. Co., 1951.
- (2) Berg zitiert bei: Schwidder, W., Psyche 4, 1951.
- (3) Bonfils, S., Emotionen und experimentelle Ulcus-entstehung in Funktionsabläufe unter emotionalen Belastungen, Fellingner, K., S. Karger, Basel u. New York, 1964.
- (4) Christian, P., Psychosomatische Medizin, Münch.Med. Wschr. 93, 896, 1951.
W. Jacob,
- (5) Conn zitiert bei: Glatzel, H., Die Ursachen und Entstehungsbedingungen des Magen- und Duodenalgeschwürs, Fortschr. der Diagn. u. Therapie 1, 1951.
- (6) Davies u. Wilson Glatzel, H., Ztschr. für psychosomat. zitiert bei: Med. 1, 1954/55.
- (7) Dietzel, M., Untersuchungen über Persönlichkeits-eigenarten des juvenilen Hochdrucks, (Testpsycholog. Teilprogramm II) Inaugural-Dissertation, Marburg (in Vorbereitung).
- (8) Draper und Touraine, Alexander, F.: Psychosomat.Med., zitiert bei: Grundlagen u. Anwendungsgebiete, Walter de Gruyter u. Co., 1951.
- (9) Dreyer, H., Über die Verteilung von Magenkrank-
Th. Görges, heiten auf bestimmte Belegschafts-gruppen eines westdeutschen Großbe-triebes, Ztschr. für Psychosomat. Med. 10, 17, 1964.

- 10) Duhm, E., Die Bedeutung der Anfangszeichen im Wartegg-Zeichen-Test, Psychol. Rundschau 3, 242, 1952.
- 11) Garma, A., Eine Theorie über die Entstehung von Magen- u. Darmgeschwüren, Psyche 5, 293, 1952.
- 12) Glatzel, H., Ulcuspersönlichkeit u. Ulcuserlebnis, Ergebn. Inn.Med.u.Kinderheilk. 65, 504, 1945.
- 13) Glatzel, H., Magengeschwür u. Beruf, Ärztl. Wschr., 1/2, 424, 1946-47.
- 14) Glatzel, H., Krankheitsgestalt u. Charakter, M. Pasche, Ärztl.Wschr., 1/2, 993, 1946-47.
- 15) Glatzel, H., Zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit, Ztschr. für Psychosomat. Med. 1, 11, 1954/55.
- 16) Glatzel, H., Die psychischen u. sozialen Wurzeln der Ulcuskrankheit, Med.Welt 24, 1305, 1964.
- 17) Hartmann, Alexander, F.: Psychosomat. Medizin, zitiert bei: Grundlagen u. Anwendungsgebiete, Walter de Gruyter, 1951.
- 18) Hiltmann, H., Kompendium der Psychodiagnostischen Tests, Hans Huber, Bern u. Stuttgart, 1960.
- 19) Hoffmann, U., Untersuchungen über Persönlichkeits-eigenarten von Ulcus-duodeni-Kranken mit Persönlichkeitsfragebögen und Tests zur Prüfung von Neurosetendenz und Frustrationstoleranz, Inaugural-Dissertation, Marburg 1966.
- 20) Hollmann, W., Klinische Psychologie u. soziale E. Hantel, Therapie, Ferdinand Enke Verl., Stuttgart 1948.

- (21) Hollmann, W.,
zitiert bei: Glatzel, H., Ztschr. für Psychosomat. Med. 1, 11, 1954/55.
- (22) Hoyer u. Pedersen,
zitiert bei: Lopez, Ibor, J.J., Psychiatrie der Gegenwart, 1/2, 1963.
- (23) Irle, M., Handanweisung zum Berufs-Interessen-Test, Verl. für Psychologie Dr.C.J. Hogrefe, Göttingen, 1955.
- (24) Jores, A., Kritische Bemerkung zu der Arbeit von Wieck, H.H., A. Kallenberg, G. Lieber, W. Pauli, H.E.Posth, Fortschr. der Neurol. u. Psychiatrie 27, 675, 1959.
- (25) Jores, A., Vom Kranken Menschen, Georg Thieme Verl., Stuttgart, 1960.
- (26) Kalk, H., Das Magen- u. Zwölffingerdarmgeschwür im Kriege, Georg Thieme Verl., Leipzig, 1945.
- (27) Kalk, H.,
zitiert bei: Katsch, G., H. Pickert, Handbuch der Inneren Med., 4. Auflage, 3/1, 545, 1953.
- (28) Kapp, F.T., M. Rosenbaum, J. Romano: Psychological Factors in Men with Peptic Ulcers, American Journal of Psychiatrie 103, 700, 1946-47.
- (29) Koch, K., Der Baumtest 2, Hans Huber, Bern, 1954.
- (30) Koller, S., Graphische Tafeln zur Beurteilung statistischer Zahlen 2, Verl. Theodor Steinkopf, Dresden u. Leipzig, 1943.
- (31) Konjetzny, G.E., Die Geschwürsbildung im Magen, Duodenum u. Jejunum, Ferdinand Enke Verl., Stuttgart, 1947.
- (32) Lopez Ibor, J.J., Psychosomat. Forschung, Psychiatrie der Gegenwart 1/2, 1963.

- (33) Margolin,
zitiert bei: Gloor, P.A., P. Krieg, P.B. Schneider,
J.L. Villa: Psychosomatique et Gastro-
Enterologie, Masson u. Cie., Paris,
1962.
- (34) Marmor
zitiert bei: Gloor, P.A., P. Krieg, P.B. Schneider,
J.L. Villa: Psychosomatique et Gastro-
Enterologie, Masson u. Cie., Paris,
1962.
- (35) Mayr, O., Schicksalspsychologische Untersuchung
an Patienten mit Ulcus duodeni und
Ventriculi, Praxis, Schweizer.Rdschau
f. Medizin 36, 1190, 1964.
- (36) Meili, R., Lehrbuch der psycholog. Diagnostik,
4, Hans Huber, Bern u. Stuttgart, 1961.
- (37) Meinhold, Ch., Untersuchungen über Persönlichkeits-
eigenarten des juvenilen Hochdrucks.
(Testpsycholog. Teilprogramm I), In-
augural-Dissertation, Marburg (in Vor-
bereitung).
- (38) Modell u. Pottern
zitiert bei: Gloor, P.A. et al.: Psychosomatique
et Gastro-Enterologie, Masson u. Cie.,
Paris, 1962.
- (39) M'uzan, M. de,
S. Bonfils u.
A. Lambling, Elements psychosomatiques du pro-
nostic de l'ulcere gastroduodenal.
Psychosomatique et Gastro-Enterolo-
gie, Masson u. Cie, Paris, 1962.
- (40) Pflanz, M., E. Rosen- Socio-psychological Aspects of peptic
stein, Th.v.Uexküll, Ulcer.
Journ. Psychosom. Research 1, 68,
1956.
- (41) Pickert, H., Der Magenkranke im Berufsleben.
Handbuch d. gesamten Arbeitsmed. 3.,
1962.

- (42) Renner, M., Der Wartegg-Zeichen-Test im Dienste der Erziehungsberatung. Ernst Reinhard Verl., München - Basel, 1953.
- (43) Schneider, J.A., Farbwahl und Krankheit .
Med. Welt, 2279, 1962,
- (44) Schwidder, W., Tagungsberichte in Ztschr. für Psychosomat. Med. 7, 146, 1960/61.
- (45) Schwidder, W., Die Bedeutung psychischer Faktoren in der Ätiologie der Ulcuskrankheit. Psyche 4, 561, 1951.
- (46) Silbermann, S.J., Experimentelle Magenduoodenalulcuserzeugung durch Scheinfüttern nach Pawlov, Zbl. für Chir. 54, 2385, 1927.
- (47) Slaughter,
zitiert bei: Katsch, G., H. Pickert. Handbuch der inneren Med. 4. Aufl., 3/1, 545, 1953.
- (48) Soavi, G.C.,
L. Rosei, Psychosomat. Aspekte der unspezifischen, chronischen gastroduodenalen Entzündung. Ztschr. für Psychosomat. Med. 7, 301, 1960/61.
- (49) Spiegelberg, U., Psychosomat. Probleme in psychiatrischer Sicht. Med. Welt, 1681, 1962.
- (50) Spiegelberg, U., Zur Psychosomatik des Ulcus pepticum u. der Colitis ulcerosa. Bürger-Prinz, H. u. F.J.M. Winzenried, Befinden u. Symptom, Erlebnisfeld des Kranken u. ärztl. Befund, F.K. Schattauer, Stuttgart, 1964.
- (51) Suchenwirth, R.,
J. Moritzen, Untersuchungen mit dem Baumtest bei Zyklothymen und Schizophrenen Kranken. Ztschr. für Psychotherapie u. med. Psychologie 10, 52, 1960.
- (52) Wartegg, E.
in Stern, E. Die Tests in der klinischen Psychologie Bd.2, Rascher & Cie A.G., Zürich 1954, p.520.

- (53) v. Weizsäcker, V. zitiert bei: Hollmann, W., E. Hantel, Klinische Psychologie u. soziale Therapie, Ferdinand Enke Verl., Stuttgart, 1948.
- (54) Wieck, H.H., A.Kal- Klinische Untersuchungen zur Psycho-
lenberg, G.Lieber, somatik der Ulcuskrankheit, Ftschr.
W. Pauli u. H.E. der Neurologie u. Psychiatrie 27,
Posth, 133, 1959.
- (55) Wolf, S. u. H.G.Wolff, Gloor, P.A., P. Krieg, P.B.Schnei-
zitiert bei: der, J.L. Villa, in: Psychosomatique
et Gastro-Enterologie, Masson u.Cie,
Paris 1962, p.1.
- (56) Wretmark, G., The peptic ulcer individual, Ejnar
u. Munksgaard, Copenhagen 1953.

Lebenslauf

Am 11. Januar 1936 wurde ich als drittes Kind des Zahnarztes Dr. Georg Breitenstein und seiner Ehefrau Emilie, geborene Löber in Kassel geboren. Meine Eltern leben in Hess. Lichtenau. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule wurde ich in das Gymnasium in Hess. Lichtenau aufgenommen und legte dort im März 1957 die Reifeprüfung ab. Im Sommer-Semester 1957 begann ich mein Medizinstudium an der Philipps-Universität, Marburg. Dort bestand ich 1960 das Physikum. Außer einem klinischen Semester an der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, verbrachte ich meine gesamte Studienzeit in Marburg. Am 6. Juni 1964 bestand ich dort das Staatsexamen.

Als Medizinal-Assistentin war ich bisher in Marburg tätig und zwar: vom 1.1.1965 bis 30.4.1965 an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik, vom 1.5.1965 bis 31.8.1965 an der Universitäts-Kinderklinik und vom 1.10.1965 bis zum 31.12.65 an der Dermatologischen Universitätsklinik.

Zur Zeit bin ich als Medizinal-Assistentin an der Gynäkologischen Abteilung des St. Vincenz-Hospitals in Limburg, Lahn.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

in Marburg: Beckmann, Berendes, Bickel, Bock, Braun-Falco, Bücher, Dimroth, Exner, Förster, Gedigk, Gross, Hamm, Hartmann, Hensel, Heuser, Hildebrandt, Hornung, Huber, Jacob, Kessel, Lang, Linneweh, Löhr, Mahr, v.Manger-König, Marx, Mattes, Maurath, Meyer, W., Müller, H.A., Neubauer, Niessing, Nieth, Oksche, Overbeck, Petry, Firson, Prinz, Rollhäuser, Schmid, Schmitz, H., Schölmerisch, Schultze, Schwaiger, Seidel, Siegert, Siess, Straub, Streicher, Vogt, Walcher, Wendt, Würterle;

in Freiburg: Büchner, Creutzfeldt, Dietz, Heilmeyer, Illig, Kalkhoff, Keiderling, Koslowski, Krauss, Kümmerle, Macher, Noetzel, Pfister, Stutz, Wimböfer.



